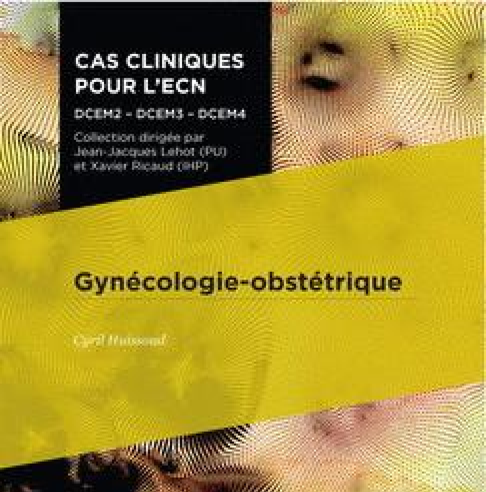


CAS CLINIQUES POUR L'ECN

DCEM2 – DCEM3 – DCEM4

Collection dirigée par
Jean-Jacques Lehot (PU)
et Xavier Ricaud (IHP)

Gynécologie-obstétrique

Cyril Huissoud


Processus
psycho-
pathologiques

Gynécologie-obstétrique (Cas cliniques ECN)
2nd Edition
LES AUTEURS

Cyril Huissoud

Praticien hospitalier Service de gynécologie-obstétrique Hôpital de la Croix-Rousse à Lyon

Gynécologie-obstétrique

René-Charles Rudigoz

professeur des universités, service de gynécologie-obstétrique, hôpital de la Croix-Rousse à Lyon, a rédigé une partie de ces cas cliniques pour leur première édition.

Gynécologie-obstétrique

2012
WKF
978-2-36110-017-9

Retrouvez nos ouvrages sur www.librairie-sante.fr

PRADEL

Wolters Kluwer France

1, rue Eugène-et-Armand-Peugeot

92856 RUEIL-MALMAISON CEDEX

ISBN 978-2-36110-017-9

L'auteur remercie les médecins suivants:

Gil Dubernard, professeur des universités (service de gynécologie-obstétrique, hôpital de la Croix-Rousse, Lyon)

Isabelle Guimont, praticien hospitalier (service de gynécologie-obstétrique, hôpital de la Croix-Rousse, Lyon)

Isabelle Renault, praticien hospitalier (service de gynécologie-obstétrique, hôpital de la Croix-Rousse, Lyon)

Isabelle Sayegh, gynécologue, Lyon)

PréFace De La DeuxiÈMe éDition

Cette collection est pilotée par des enseignants titulaires habitués à faire partie des jurys de concours nationaux. Aussi, ils souhaitent ajouter des recommandations à celles du CICN :

- *sur le fond*, les questions font souvent appel à des données physiopathologiques, diagnostiques, thérapeutiques, épidémiologiques, ainsi qu'à l'information des patients et aux aspects médicolégaux. Durant l'heure que le candidat consacre à chaque dossier, il faut commencer par lire l'ensemble des questions afin de sentir le fil conducteur de chaque dossier, et d'éviter les réponses doublons. Si besoin, plusieurs diagnostics doivent être évoqués, d'où il faut faire ressortir les plus fréquents ou les plus graves. Les jurys apprécient toujours les réponses argumentées se rapportant précisément au cas clinique. Pour la préparation du concours, les candidats peuvent avoir recours à des références émanant de la Haute Autorité de santé, de l'ANSM, du Centre national des concours d'internat (www.cnci.univ-paris5.fr), des conférences de consensus et des conférences d'experts des sociétés savantes (http://www.bmlweb.org/consensus_lien.html) ;
- *sur la forme*, il est conseillé d'écrire très lisiblement. Surtout ne pas oublier que les correcteurs auront des centaines de copies à corriger en quelques heures, et qu'une présentation claire améliorera significativement le résultat final.

Il n'est pas nécessaire de faire de longues phrases, mais il faut faire apparaître le maximum de mots-clés. À l'intérieur de chaque question, on peut commencer par les points les plus importants, ou suivre un ordre chronologique en modulant les items par des mots tels que « surtout » ou « éventuellement ». Il faut se méfier des abréviations, nous vous conseillons de n'utiliser que celles mentionnées par le site du Centre national des concours d'internat comme « abréviations autorisées ».

Les difficultés relatives de chaque dossier sont cotées de 1 à 3 (certains cas cliniques plus difficiles peuvent être proposés afin de départager les candidats). Néanmoins, il faut garder en mémoire que chaque jury est « souverain » et peut privilégier un aspect du cas clinique en

modulant le nombre de points pour chaque question, ou au contraire en comptant zéro à une question en cas d'erreur manifeste.

Un concours se préparant comme un marathon, les auteurs de cette collection vous souhaitent bonne course !

J.-J. Lehot

et les enseignants responsables des différents volumes de la collection

Liste Des Abréviations Autorisées Par Le CNCI

Liste Des Abréviations Autorisées Par Le CNCI

ACE:

antigène carcino-embryonnaire

ACTH:

Adrenocortico Tropic Hormone (corticotrophine, hormone corticotrope hypophysaire)

ADH:

Anti Diuretic Hormone (hormone antidiurétique, vasopressine)

ADN:

acide désoxyribonucléique

AINS:

anti-inflammatoire non stéroïdien

ALAT:

alanine amino-transférase (TGP)

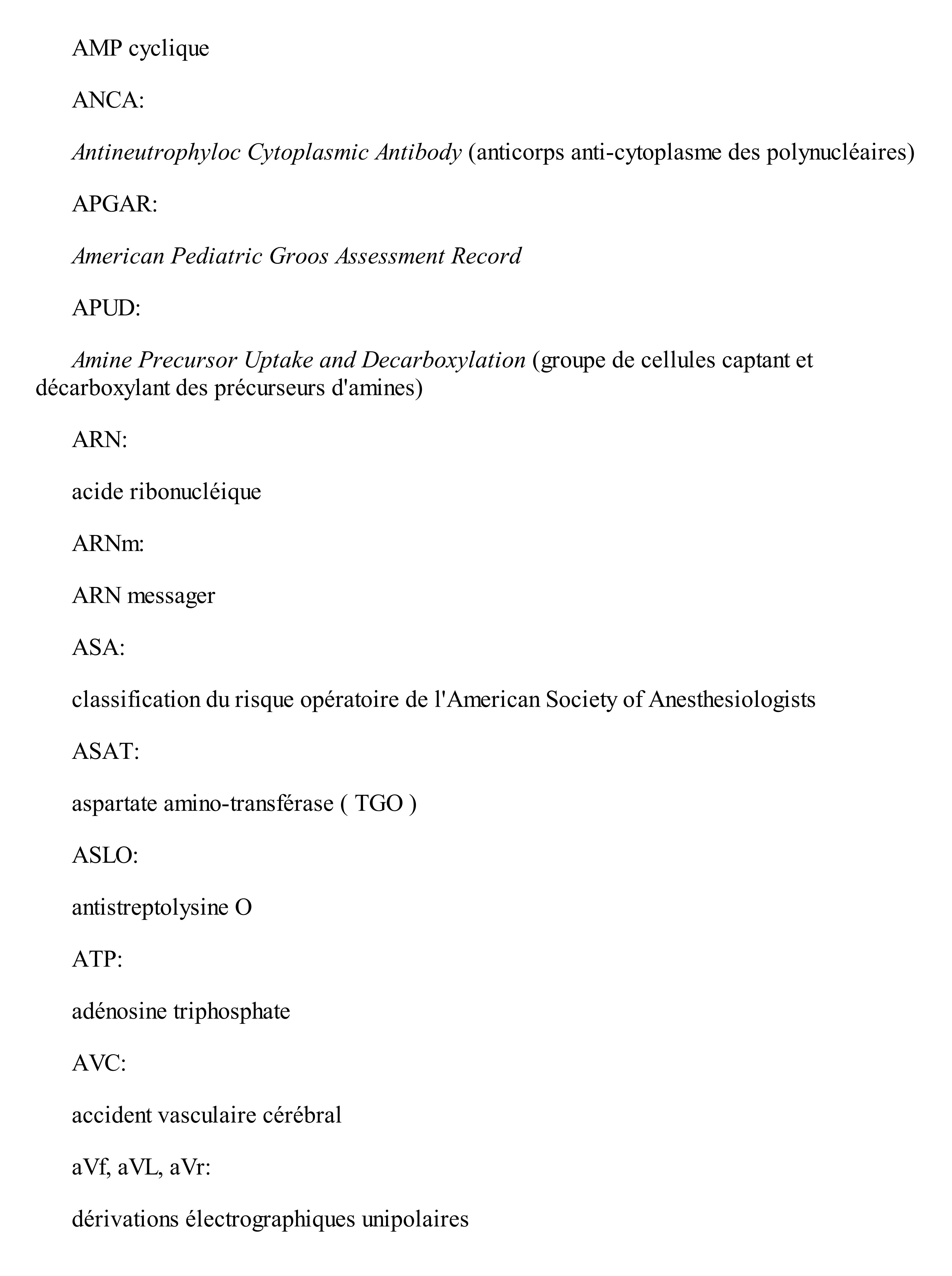
ALD:

affection de longue durée

AMM:

autorisation de mise sur le marché

AMPc:



AMP cyclique

ANCA:

Antineutrophyloc Cytoplasmic Antibody (anticorps anti-cytoplasme des polynucléaires)

APGAR:

American Pediatric Groos Assessment Record

APUD:

Amine Precursor Uptake and Decarboxylation (groupe de cellules captant et décarboxylant des précurseurs d'amines)

ARN:

acide ribonucléique

ARNm:

ARN messager

ASA:

classification du risque opératoire de l'American Society of Anesthesiologists

ASAT:

aspartate amino-transférase (TGO)

ASLO:

antistreptolysine O

ATP:

adénosine triphosphate

AVC:

accident vasculaire cérébral

aVf, aVL, aVr:

dérivations électrographiques unipolaires

AVK:

antivitamine K

BCG:

bacille de Calmette et Guérin

BK:

bacille de Koch

BPCO:

broncho-pneumopathie chronique obstructive

CCMH:

concentration corpusculaire moyenne en hémoglobine

CEC:

circulation extra-corporelle

CGMH:

concentration globulaire moyenne en hémoglobine

CIVD:

coagulation intra-vasculaire disséminée

CK:

créatine-kinase

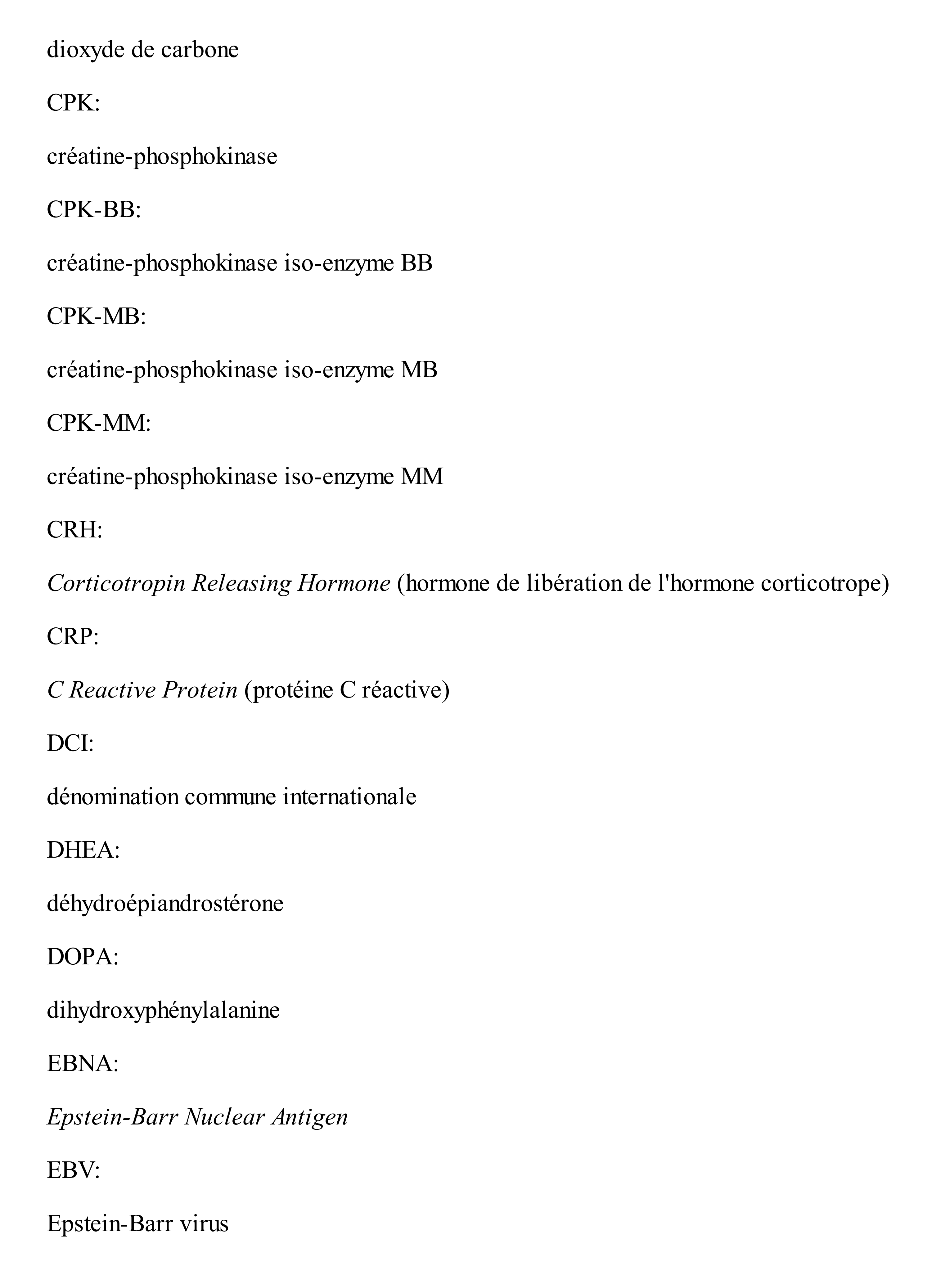
CMV:

cytomégalovirus

CO:

monoxyde de carbone

CO_2:


dioxyde de carbone

CPK:

créatine-phosphokinase

CPK-BB:

créatine-phosphokinase iso-enzyme BB

CPK-MB:

créatine-phosphokinase iso-enzyme MB

CPK-MM:

créatine-phosphokinase iso-enzyme MM

CRH:

Corticotropin Releasing Hormone (hormone de libération de l'hormone corticotrope)

CRP:

C Reactive Protein (protéine C réactive)

DCI:

dénomination commune internationale

DHEA:

déhydroépiandrostérone

DOPA:

dihydroxyphénylalanine

EBNA:

Epstein-Barr Nuclear Antigen

EBV:

Epstein-Barr virus

ECBU:

examen cytobactériologique des urines

ECG:

électrocardiogramme

ECHO virus:

Enteric Cytopathogenic Human Orphan virus

EEG:

électroencéphalogramme

EFR:

épreuve fonctionnelle respiratoire

ELISA:

Enzyme-Linked Immunosorbent Assay

EMG:

électromyographie

FiO_2:

fraction inspirée d'oxygène

FSH:

Follicle Stimulating Hormone (hormone folliculostimulante)

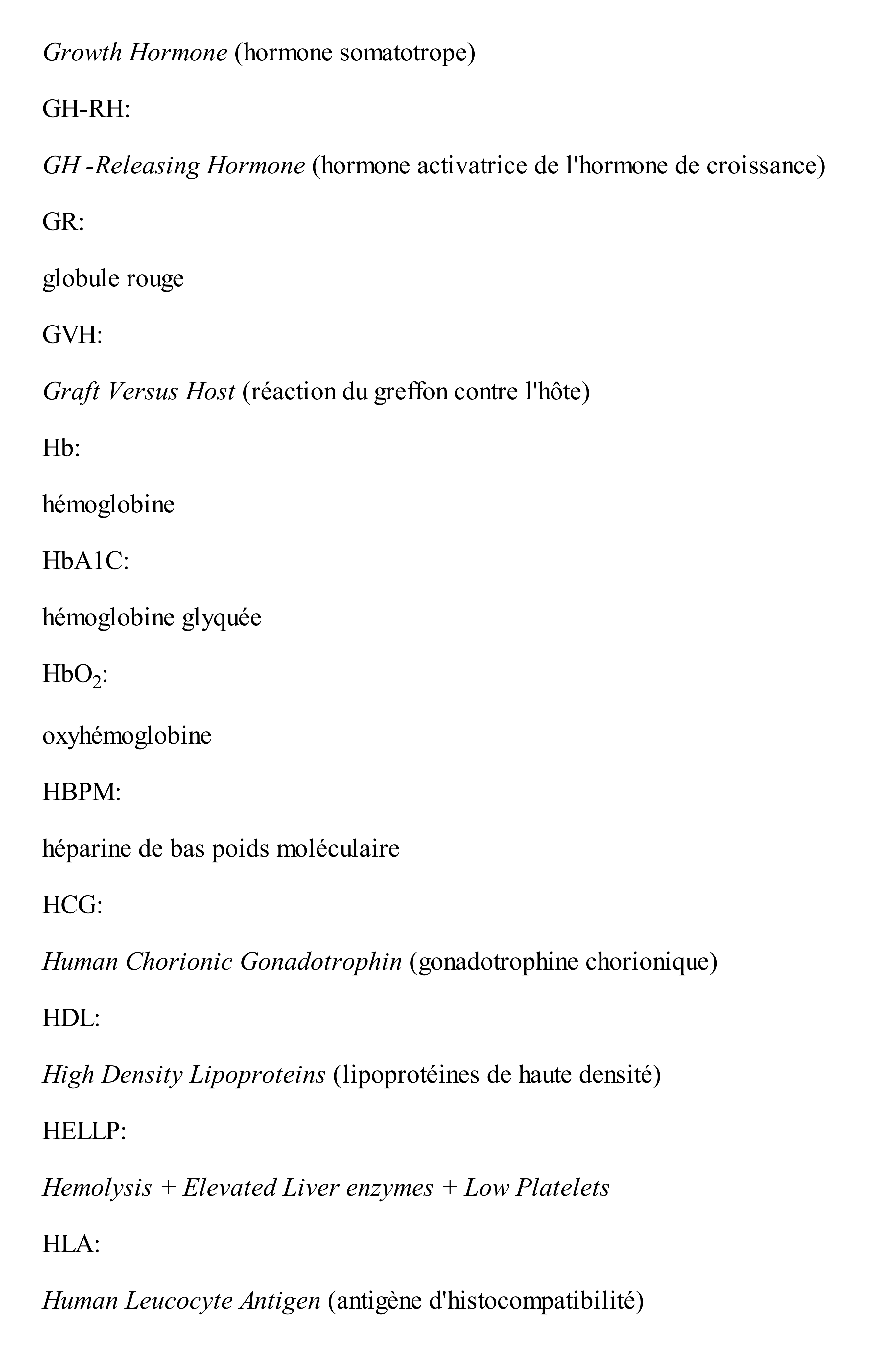
gamma-GT:

gamma-glutamyl transférase

GB:

globule blanc

GH:



Growth Hormone (hormone somatotrope)

GH-RH:

GH -Releasing Hormone (hormone activatrice de l'hormone de croissance)

GR:

globule rouge

GVH:

Graft Versus Host (réaction du greffon contre l'hôte)

Hb:

hémoglobine

HbA1C:

hémoglobine glyquée

HbO_2:

oxyhémoglobine

HBPM:

héparine de bas poids moléculaire

HCG:

Human Chorionic Gonadotrophin (gonadotrophine chorionique)

HDL:

High Density Lipoproteins (lipoprotéines de haute densité)

HELLP:

Hemolysis + Elevated Liver enzymes + Low Platelets

HLA:

Human Leucocyte Antigen (antigène d'histocompatibilité)

HPV:

Human Papillomavirus

HTLV:

Human T cell Leukemia/lymphoma Virus (virus humain T lymphotropique)

IDR:

intradermoréaction

IEC:

inhibiteur de l'enzyme de conversion

Ig:

immunoglobulines

IGF:

Insulin-like Growth Factor (somatomédine)

IMAO:

inhibiteur de la mono-amineoxydase

INR:

International Normalized Ratio

IRM:

imagerie par résonance magnétique

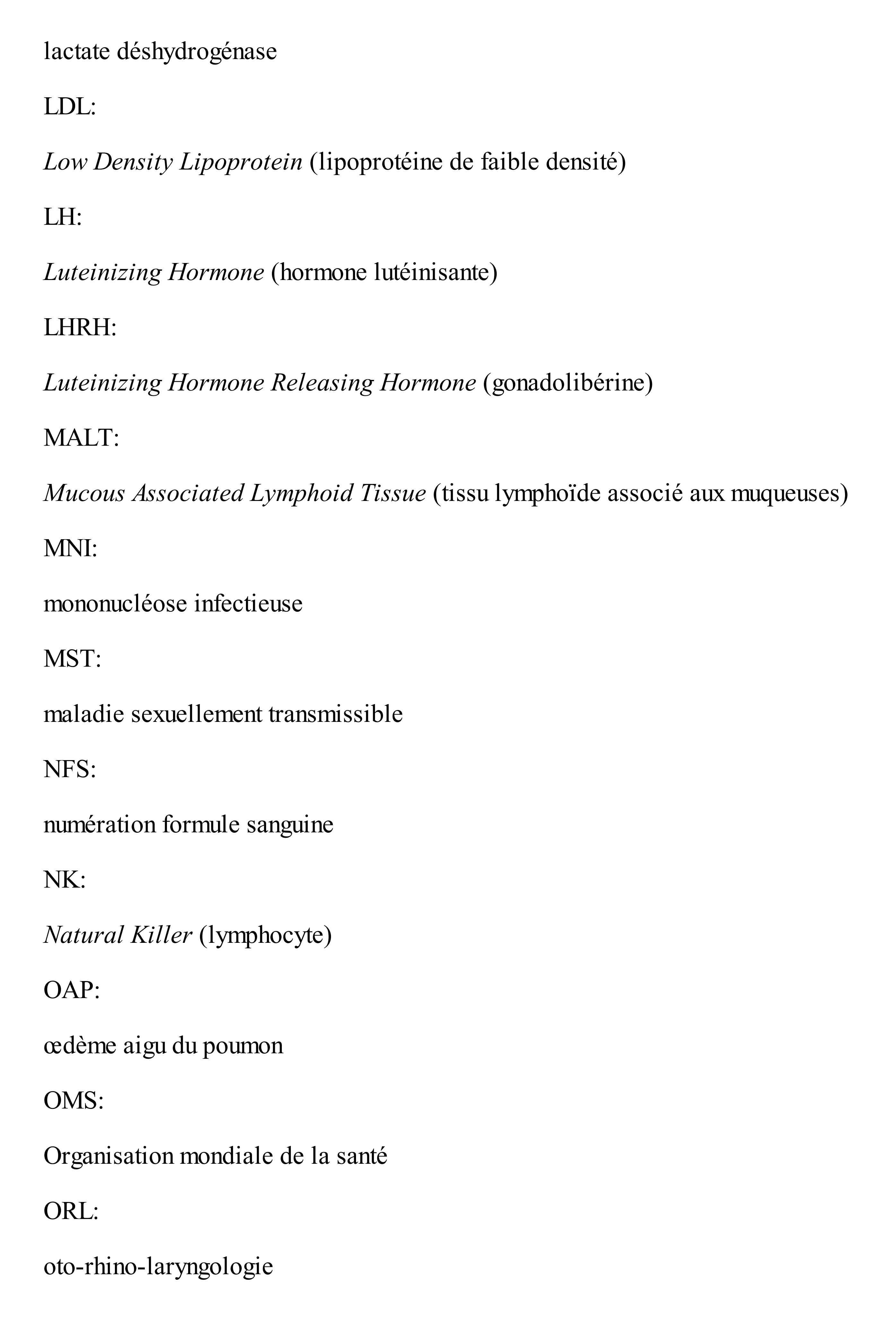
IV:

intraveineuse

LCR:

liquide céphalorachidien

LDH:


lactate déshydrogénase

LDL:

Low Density Lipoprotein (lipoprotéine de faible densité)

LH:

Luteinizing Hormone (hormone lutéinisante)

LHRH:

Luteinizing Hormone Releasing Hormone (gonadolibérine)

MALT:

Mucous Associated Lymphoid Tissue (tissu lymphoïde associé aux muqueuses)

MNI:

mononucléose infectieuse

MST:

maladie sexuellement transmissible

NFS:

numération formule sanguine

NK:

Natural Killer (lymphocyte)

OAP:

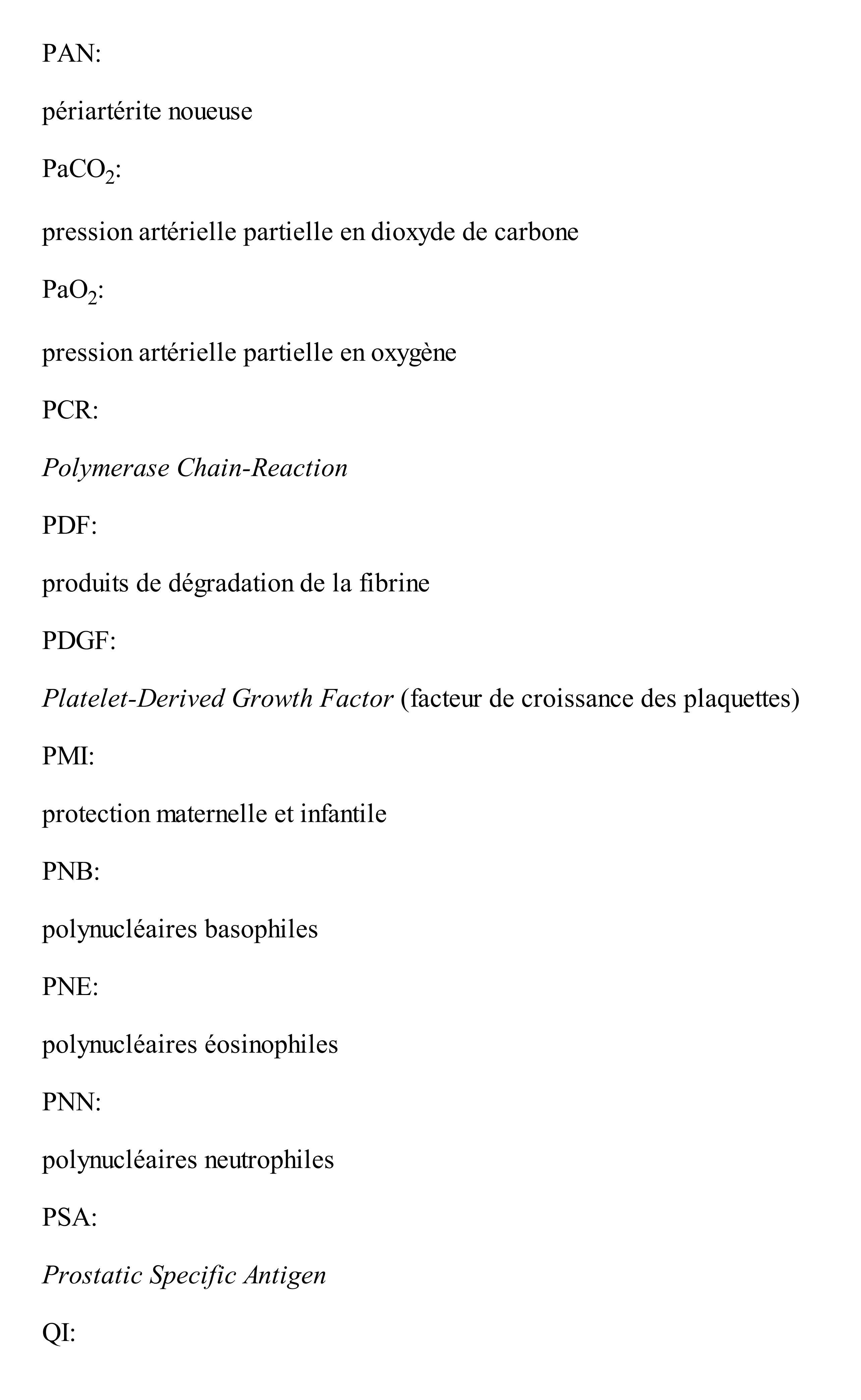
œdème aigu du poumon

OMS:

Organisation mondiale de la santé

ORL:

oto-rhino-laryngologie



PAN:

périartérite noueuse

$PaCO_2$:

pression artérielle partielle en dioxyde de carbone

PaO_2:

pression artérielle partielle en oxygène

PCR:

Polymerase Chain-Reaction

PDF:

produits de dégradation de la fibrine

PDGF:

Platelet-Derived Growth Factor (facteur de croissance des plaquettes)

PMI:

protection maternelle et infantile

PNB:

polynucléaires basophiles

PNE:

polynucléaires éosinophiles

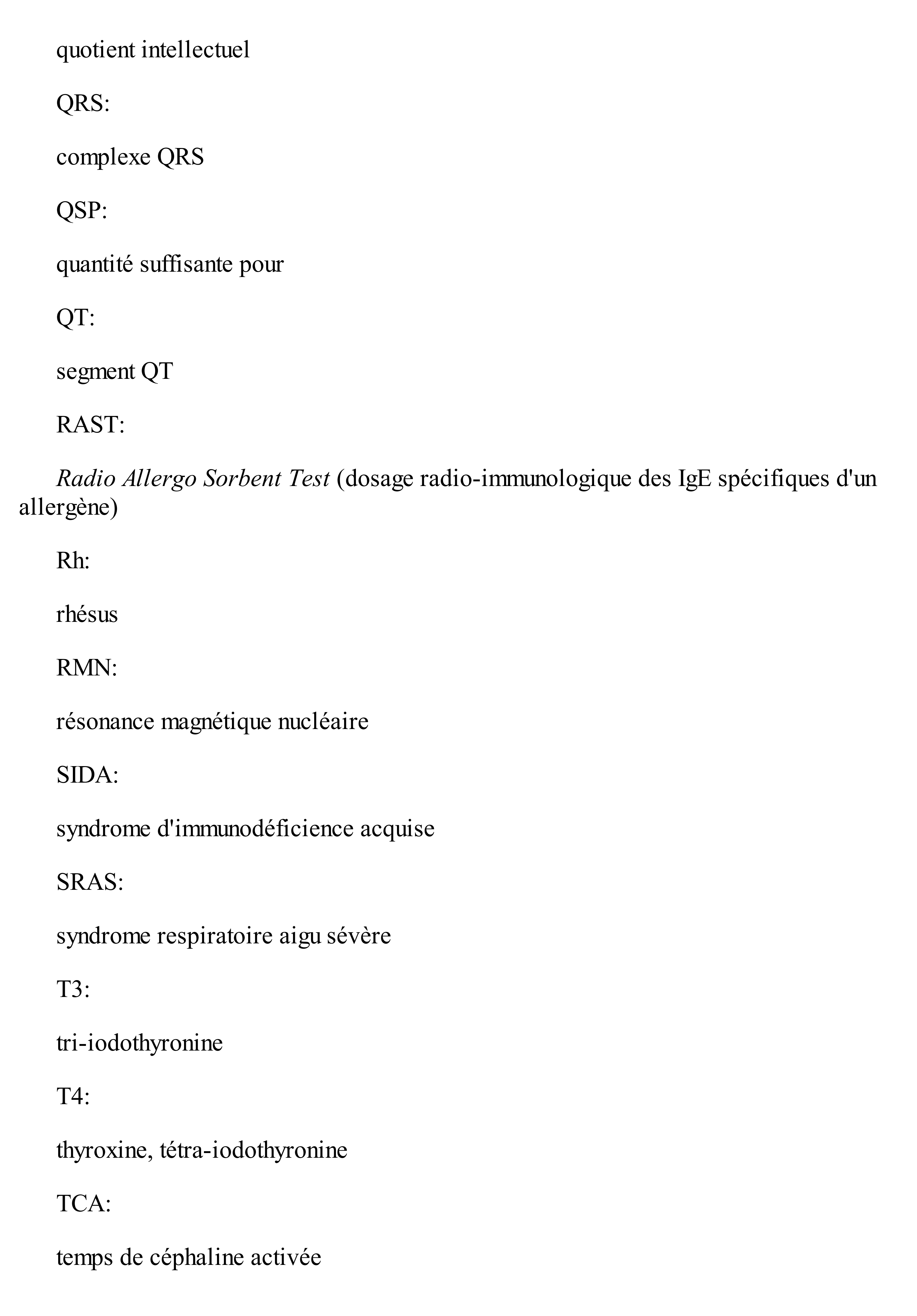
PNN:

polynucléaires neutrophiles

PSA:

Prostatic Specific Antigen

QI:



quotient intellectuel

QRS:

complexe QRS

QSP:

quantité suffisante pour

QT:

segment QT

RAST:

Radio Allergo Sorbent Test (dosage radio-immunologique des IgE spécifiques d'un allergène)

Rh:

rhésus

RMN:

résonance magnétique nucléaire

SIDA:

syndrome d'immunodéficience acquise

SRAS:

syndrome respiratoire aigu sévère

T3:

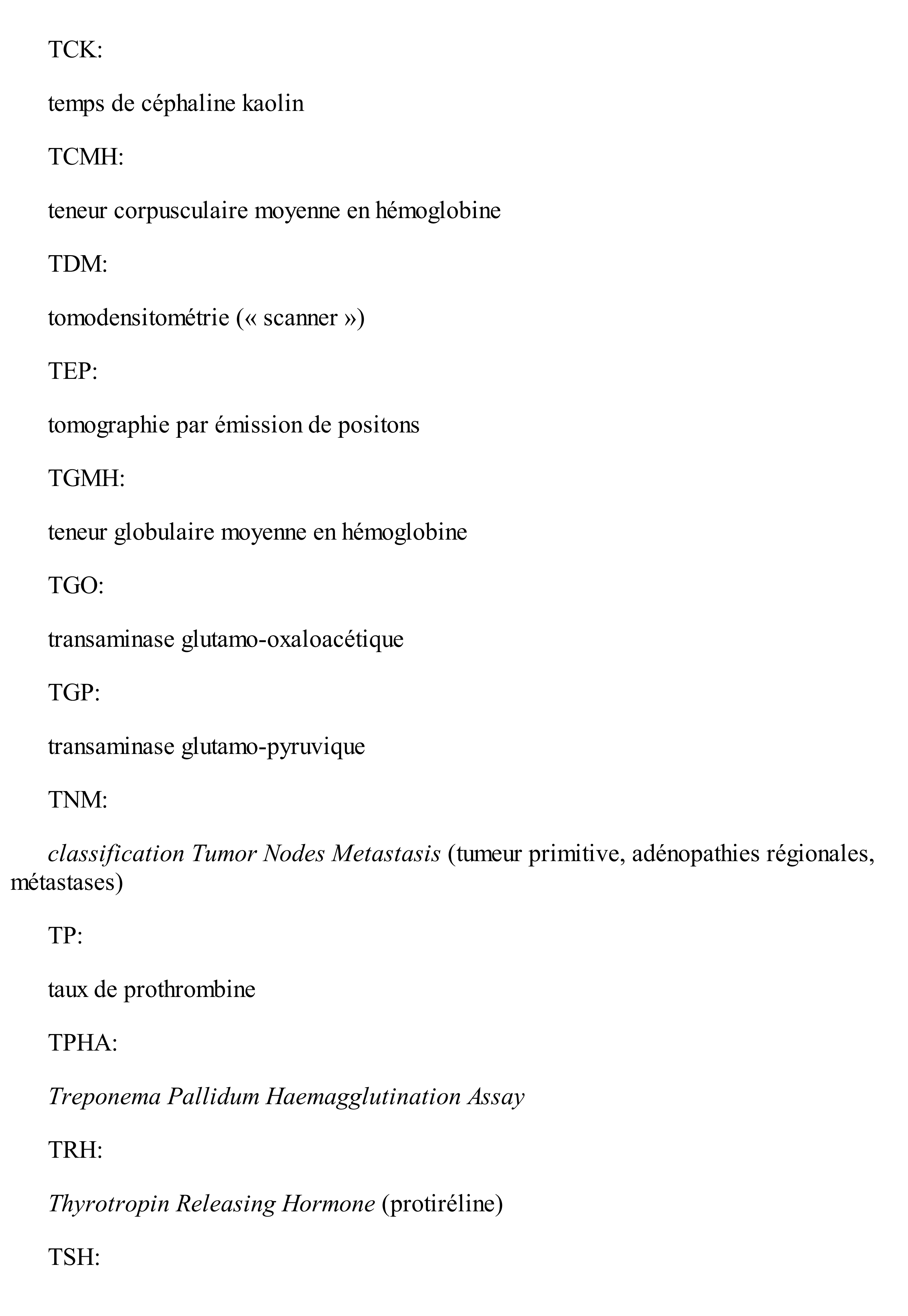
tri-iodothyronine

T4:

thyroxine, tétra-iodothyronine

TCA:

temps de céphaline activée



TCK:

temps de céphaline kaolin

TCMH:

teneur corpusculaire moyenne en hémoglobine

TDM:

tomodensitométrie (« scanner »)

TEP:

tomographie par émission de positons

TGMH:

teneur globulaire moyenne en hémoglobine

TGO:

transaminase glutamo-oxaloacétique

TGP:

transaminase glutamo-pyruvique

TNM:

classification Tumor Nodes Metastasis (tumeur primitive, adénopathies régionales, métastases)

TP:

taux de prothrombine

TPHA:

Treponema Pallidum Haemagglutination Assay

TRH:

Thyrotropin Releasing Hormone (protiréline)

TSH:

Thyroïd Stimulating Hormone (thyréostimuline)

UI:

unité internationale

UIV:

urographie intraveineuse

VDRL:

Veneral Disease Research Laboratory (réaction d'agglutination syphilitique)

VEMS:

volume expiratoire maximum par seconde

VGM:

volume globulaire moyen

VIH:

virus de l'immunodéficience humaine (HIV, virus du sida)

VLDL:

Very Low Density Lipoproteins (lipoprotéines de très faible densité)

VS:

vitesse de sédimentation

Conseils Pratiques DonnéS Par Des Correcteurs

» Examen national classant

CE QU'IL FAUT FAIRE	CE QU'IL FAUT ÉVITER
SUR LE FOND	
	• Phrases ne contenant aucun mot-clé • Phrases types, exemples : - « Mise en condition avec voie veineuse périphérique de bon

calibre »

- « Kinésithérapie respiratoire, prévention des complications thromboemboliques par HBPM , nursing »

• Effets de mode qui peuvent agacer le correcteur à la 800e copie, exemples :

- VIH dans toutes les questions

- soutien psychologique dans la tuberculose en oubliant l'antibiothérapie

- groupage sanguin et ACI systématiques

- parler systématiquement d'« urgence » sans préciser les délais

• Donner les posologies si l'on n'en est pas certain

• Doser les β- HCG chez un homme de 88 ans avant de prescrire la rifampicine !

• Prescrire un arrêt de travail à un pensionnaire d'une maison de retraite !

• Bien lire l'énoncé

• Élaborer les mots-clés essentiels d'une réponse bien ciblée sur l'énoncé

• Rédiger la réponse en utilisant ces mêmes mots-clés avec des phrases courtes, en évitant à la fois le style télégraphique et le style trop littéraire

• Connaître une vingtaine de mots-clés par sujet

• Ces mots-clés doivent être assez précis (ex. : parler de « masque » au lieu d'« isolement aérien » pour la tuberculose pulmonaire)

• Faire preuve de bon sens et d'adaptation au cas clinique

• Connaître les points médicolégaux (faciles à intégrer dans la grille)

• Ne pas négliger l'analyse des clichés radiologiques dans la préparation de l'ECN

SUR LA FORME

• Écrire lisiblement

• Utiliser les abréviations « autorisées » par le CNCI, les plus courantes directement (ex. : ECG , NFP), préciser entre parenthèses le sens des abréviations moins courantes

• Faire 2 ou 3 colonnes augmente la lisibilité

• Dans le doute, on peut écrire « à discuter » ou « voire »

• Écriture minuscule pour remplir la copie au maximum

• Phrases longues

• Faire une pseudo-ordonnance avec nom du médecin, datée, signée…

• Répétitions à l'intérieur d'une même question

Pr. Ph. Douek, Pr. G. Kirkorian, Pr. J.-J. Lehot, 2012.

MéThodologie De RéDaction Des Dossiers Cliniques

» Examen national classant

Trois épreuves de cas cliniques ainsi qu'une épreuve de lecture critique d'article (LCA) attendent les candidats de l'examen national classant. En parallèle des connaissances théoriques indispensables, la note finale va s'établir en fonction des capacités du candidat à organiser ses

idées et à faire ressortir les points importants d'une manière concise et structurée. La « forme » devient alors aussi importante que le « fond ». C'est dans cet esprit qu'il faut travailler tout au long de l'année précédant l'examen, en s'entraînant en temps limité à rédiger de manière complète les dossiers. La méthodologie proposée ci-après reste une proposition, une « trame de travail », à adapter au cas par cas, en ayant pour objectif d'arriver le jour J avec sa propre méthode de rédaction, qui aura fait ses preuves tout au long des examens blancs et des séances d'entraînement…

Chaque épreuve de cas clinique dure 3 heures et est constituée de trois dossiers cliniques. Chaque dossier comporte quatre à dix questions.

① Survol rapide des trois dossiers : 3 minutes

- Pendant la lecture par un membre du jury des dossiers
- Lecture en diagonale
- Pour repérer les mots-clés qui vont évoquer le diagnostic et se rassurer
- 1 minute par dossier

② Une fois la lecture par le jury terminée, lire rapidement les trois dossiers (énoncé + questions) : objectif = choix de l'ordre dans lequel les sujets vont être traités : 5 minutes

- Énoncé : si des pièges apparaissent d'emblée, les surligner
- Questions : si des mots-clés semblent très importants les noter en face de la question correspondante ; attention, il ne s'agit en aucun cas de traiter le dossier au brouillon ni de réfléchir, il suffit juste de faire appel à sa « mémoire réflexe »
- Garder pour la fin le sujet sur lequel on semble le moins à l'aise
- Mais attention : s'imposer une heure par dossier, montre en main, et pas plus +++

③ Phase de réflexion pour le premier dossier : 5 minutes minimum

- Relire l'énoncé attentivement en traquant les pièges
- Répondre sur le sujet pour se faire un « guideline » avec les mots-clés principaux et les « NPO » de ses fiches
- Ne faire en aucun cas un brouillon ni même un soupçon de rédaction sur le sujet
- Cette phase doit durer au minimum 5 minutes. Il est évident qu'en fonction des habitudes des candidats, les durées des deux phases de réflexion et de rédaction seront

variables ; il faut cependant s'astreindre à un minimum de réflexion pour éviter de partir « tête baissée » dans un hors sujet magistral…

④ Vérification des concordances sujet/cahier couleur

- Fondamental
- Inutile de risquer deux « zéros » aux dossiers en voulant gagner… 30 secondes !

⑤ Rédaction du premier dossier : 45 minutes

- La triade gagnante à toujours avoir en tête :
  - rester SIMPLE
  - STRUCTURER sa réponse : phrase d'introduction certes, mais après tiret/mot-clé puis phrase de conclusion
  - DISCUTER les questions à réponses « mitigées » en développant le pour, le contre et en adoptant une position finale claire
- Concernant la forme :
  - phrases courtes
  - faire ressortir ce qu'on pense être un mot-clé en début de ligne
  - une question par page : aérer la réponse pour faciliter le travail du correcteur
- Concernant le fond:
  - éviter les détails : ils montrent l'étendue du savoir mais ils induisent une perte de temps, une dilution de l'information essentielle, et par conséquent un risque de perte de points non pas par points négatifs mais par non-cotation du mot-clé attendu
  - structurer vraiment sa réponse pour montrer la clarté du raisonnement sans pour autant entrer dans les stéréotypes « antibiothérapie double probabiliste large spectre après prélèvement bactériologique centrée sur tel germe… » si ce n'est pas vraiment la question posée
  - ne pas réciter son cours bêtement mais appliquer son « tuyau » au patient présenté, cas particulier dont il est question

6 Relecture du premier dossier : 5 minutes

- Vérification rapide et automatique de l'orthographe
- Éventuellement souligner le plan, les mots-clés ; souligner est une arme à double tranchant : si les mots soulignés ne sont pas les mots-clés attendus et même si ceux-ci sont présents dans la copie, le correcteur risque de ne pas les voir car son attention sera entièrement centrée sur les mots soulignés…
- Pendant ce temps, en profiter pour relâcher la pression et faire une coupure nette « mentale » entre deux dossiers

7 Retour à la case n° 3 pour le dossier 2 puis le 3

8 Touche finale sur les 5 dernières minutes

- Relecture des trois dossiers en diagonale, surtout pour la mise en forme (deux couleurs autorisées : bleu et noir)
- Ne pas changer d'avis au dernier moment, la première impression est le plus souvent la bonne !

En somme, pour le timing

- 10 minutes de mise en condition + choix de l'ordre des sujets
- Par dossier : 55 minutes :
  - réflexion : 5 minutes minimum
  - rédaction : 45 minutes maximum
  - relecture : 5 minutes
- Touche finale : 5 minutes (l'annonce par le surveillant sert de repère…)

Soit : 180 minutes…

J. Bacchetta, X. Ricaud, 2012.

Les cas cliniques ont été volontairement placés dans un ordre aléatoire.

Mise en page : Le vent se lève…

Achevé d'imprimé en octobre 2012

par l'imprimerie Ten Brink

Dépôt légal : Octobre 2012

Imprimé aux Pays-Bas

Cas Clinique N° 1

Une patiente de 25 ans consulte pour une présomption de début de grossesse :

- antécédents médicaux ou chirurgicaux : néant ;
- antécédents gynécologiques et obstétricaux : premières règles à l'âge de 12 ans, pas de grossesse, pas d'accouchement.

La patiente a cessé sa contraception orale depuis un an en raison d'un désir de grossesse. Depuis, ses cycles sont de durée irrégulière, variant de 25 à 45 jours.

Lors de sa consultation, la durée de l'aménorrhée est de 11 semaines.

L'examen général ne révèle aucune particularité :

- taille : 1,65 m;
- poids : 55 kg ;
- TA : 130/80 mmHg.

Au toucher vaginal, l'utérus est nettement augmenté de volume, l'annexe droite est sensible.

Questions

QUESTION N° 1

Comment confirmer ou infirmer la grossesse?

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

Comment préciser l'âge de cette grossesse?

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

Pourquoi est-il très important, d'évaluer avec précision, au 1er trimestre, l'âge d'une grossesse?

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

Le groupe sanguin de cette patiente est O-, Kell+, son mari est A+. Elle est immunisée contre la rubéole (résultat de l'analyse effectuée lors du bilan prénuptial), la sérologie de la toxoplasmose est négative. Quels sont les examens biologiques à prescrire lors de la déclaration de grossesse?

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

Quels examens biologiques non obligatoires peut-on proposer?

Afficher la réponse

QUESTION N° 6

Pour quelle(s) raison(s) est-il important de réaliser une échographie obstétricale entre 12 et 14 semaines d'aménorrhée?

Afficher la réponse

QUESTION N° 7

Quel examen faut-il systématiquement proposer et expliquer à la patiente? Expliquez-en le principe.

Afficher la réponse

Retour au début

Réponses

QUESTION N° 1	**10*points***
Dosage plasmatique des β-HCG ou échographie à la recherche d'un sac gestationnel	10
QUESTION N° 2	**10*points***
Réalisation d'une échographie avec mesure de la longueur craniocaudale de l'embryon	10
QUESTION N° 3	**20*points***
La détermination de l'âge gestationnel permet:	
• de préciser le terme de la grossesse et, notamment, la période à partir de laquelle une surveillance plus attentive doit être effectuée (terme dépassé)	5
• d'apprécier la croissance des paramètres biométriques, échographiques et cliniques tout au long de la grossesse	5

• de réaliser les analyses biologiques au moment optimal (notamment l'évaluation biochimique du risque d'aneuploïdie)	5
• de programmer les échographies au moment opportun (notamment pour la mesure de la clarté nucale)	5

QUESTION N° 4 **10*points***

Glycémie à jeun	1
Sérologie de la syphilis : VDRL-TPHA	1
Recherche d'anticorps irréguliers	2
Sérologie de la toxoplasmose	3
Recherche de glucose et de protéines dans les urines	3

QUESTION N° 5 **10*points***

Sérologie VIH	2
Recherche d'antigène HBs (au 6e mois, en principe)	2
Proposer le dosage des marqueurs sériques lors de l'échographie du premier trimestre	6

QUESTION N° 6 **20*points***

Confirmer la vitalité et l'âge de la grossesse	5
Dépister les grossesses à risque	5
Mettre en évidence certaines malformations embryonnaires	5
Mesurer l'épaisseur de la clarté nucale et la longueur craniocaudale (LCC) de l'embryon. Les résultats seront intégrés à ceux des marqueurs sériques pour estimer le risque d'anomalie chromosomique	5

QUESTION N° 7 **20*points***

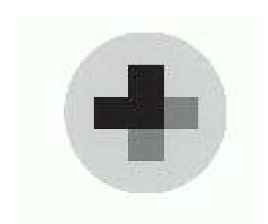
Évaluation du risque de trisomie 21 chez le fœtus (dépistage de la trisomie 21).	10
Ce test permet, en combinant les marqueurs biologiques (du 1er ou du 2e trimestre), les paramètres échographiques (clarté nucale et LCC) et l'âge maternel, d'estimer le risque de trisomie 21	2
On parle de « dépistage combiné » lorsque les marqueurs sériques du 1er trimestre sont dosés	3
On parle de « dépistage séquentiel intégré » lorsque les marqueurs sériques du 2e trimestre sont dosés	3
Lorsque le risque dépasse le seuil de 1/250, la réalisation d'un caryotype fœtal par amniocentèse ou prélèvement de villosités choriales est proposée ; le coût de l'analyse est alors pris en charge par l'Assurance maladie	2

 RÉFÉRENCE

Haute Autorité de santé (2009) : Stratégie de dépistage de la trisomie 21 (mars 2007).

OBJECTIF PÉDAGOGIQUE

N° 16 : Grossesse normale. Besoins nutritionnels d'une femme enceinte.

 DIFFICULTÉ

1/3

Retour au début

Cas Clinique N° 2

Mlle X, 20 ans, se présente le 15 septembre au centre d'orthogénie. Elle est enceinte et souhaite une interruption volontaire de grossesse.

Ses dernières règles datent du 5 août. Elle a réalisé un test urinaire de grossesse qui s'est avéré positif. Elle n'a pas d'antécédents médicaux et chirurgicaux.

On lui propose une interruption volontaire de grossesse médicamenteuse.

Questions

QUESTION N° 1

Pouvez-vous préciser les médicaments utilisés dans une interruption volontaire de grossesse médicamenteuse et quel est leur rôle?

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

Existe-t-il des limites à la réalisation d'une interruption volontaire de grossesse médicamenteuse? Pouvez-vous les préciser?

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

Quinze jours plus tard, Mlle X présente des métrorragies. L'échographie met en évidence une rétention trophoblastique partielle. On propose une aspiration du contenu utérin sous anesthésie locorégionale, qui se déroule sans problème particulier. Deux mois plus tard, Mlle X consulte de nouveau parce qu'elle n'a toujours pas ses règles. Elle a réalisé un test de grossesse qui s'avère négatif. Quel diagnostic évoquer et comment l'affirmer?

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

Votre diagnostic est confirmé. Comment traitez-vous l'affection?

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

Six mois plus tard, après avoir été traitée (les cycles ayant repris un cours normal), Mlle X

consulte à nouveau pour demander une contraception orale. Elle n'a aucun antécédent médicochirurgical particulier, elle ne fume pas. Pouvez-vous rédiger une prescription de contraception orale, avec une association œstroprogestative à 30 μg d'éthinylestradiol? Quand faut-il conseiller à la patiente de commencer la première plaquette?

Afficher la réponse

QUESTION N° 6

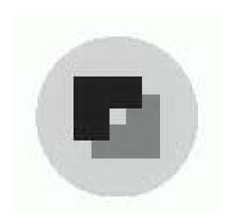
Quels examens biologiques de surveillance prescrivez-vous?

Afficher la réponse

Retour au début

Réponses

QUESTION N° 1	**20*points***
Mifégyne® (RU 486) : 3 cp à 200 mg à J1	5
Il s'agit d'un antiprogestérone qui peut interrompre la grossesse et qui favorisera l'expulsion	5
Misoprostol (Cytotec®) : 2 cp à J3	5
Il s'agit d'un traitement ocytocique qui va induire de puissantes contractions en vue de l'expulsion	5
Si échec : 2 nouveaux cp 3 heures après la première prise	
QUESTION N° 2	**20*points***
L'IVG peut être réalisée jusqu'à 14 SA	
En revanche, l'IVG par voie médicamenteuse ne doit être réalisée que si l'âge gestationnel est inférieur à 49 jours d'aménorrhée	15
Au-delà, il faut pratiquer une évacuation chirurgicale par aspiration-curetage	5
QUESTION N° 3	**20*points***
Aménorrhée par synéchie utérine	5
Ce type de complication survient préférentiellement après une aspirationcuretage	5
On pratiquera au choix:	
• une échographie endovaginale avec contraste liquidien (hystérosonographie)	5
• ou une hystérosalpingographie	5



Ces deux examens peuvent mettre en évidence une synéchie, quelle que soit sa localisation dans la cavité utérine.

QUESTION N° 4	**10*points***
La synéchie correspond à une adhérence muqueuse ou musculomuqueuse des parois de la cavité utérine	
Une hystéroscopie opératoire est nécessaire pour lever la synéchie	5
Plusieurs interventions sont parfois nécessaires	2
On prévient la récidive en fin d'intervention en mettant en place un dispositif intra-utérin dans la cavité utérine pendant 10 à 30 jours (ballonnet, stérilet, etc.)	3
QUESTION N° 5	**10*points***
Soit prise discontinue : Adépal® : 1 cp/j pendant 21 jours si possible à la même heure, arrêt 7 jours, à renouveler 6 mois	4
Débuter le 1er cp au 1er ou au 2e jour des règles	2
Soit prise continue (placebo) : Varnoline® continu : 1 cp/j pendant 28 jours, si possible à la même heure et sans interruption, à renouveler 6 mois	4
QUESTION N° 6	**20*points***
La surveillance d'un traitement œstroprogestatif s'attache à dépister les effets néfastes sur le métabolisme glucidique et lipidique	
Dosage par laboratoire d'analyses médicales, à jeun:	
• cholestérol	5
• triglycérides	5
• glycémie	10



RÉFÉRENCE

ANAES (2004) : Stratégie de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Recommandations professionnelles.

 OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

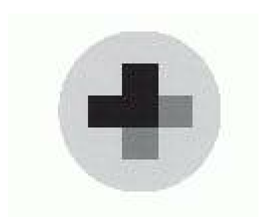
Objectif principal :

N° 28 : Interruption volontaire de grossesse.

Objectifs secondaires :

N° 27 : Contraception.

N° 296 : Aménorrhée.

 DIFFICULTÉ

2/3

Retour au début

Cas Clinique N° 3

Mme C., 40 ans, mère de deux enfants âgés de 6 et 10 ans, tous deux nés par césarienne, est enceinte pour la troisième fois. Elle consulte à 26 semaines d'aménorrhée.

Ses antécédents sont les suivants :

- médicaux : RAS ;
- chirurgicaux : cholécystectomie ;
- gynécologiques : premières règles à 13 ans, cycles réguliers, salpingite traitée médicalement, il y a dix ans.

Grossesse actuelle :

- dernières règles : 10 janvier, accouchement prévu le 20 octobre ;
- groupe sanguin : AB+ ;
- VIH-, BW-, rubéole +, toxoplasmose - ;
- taille : 1,65 m, poids : 86 kg (+ 20 kg).

Examen clinique :

- pression artérielle : 145/90 mmHg;
- recherche de glucose dans les urines : négative ;
- recherche de protéines dans les urines : négative.

Examen obstétrical :

- HU : 26 cm;
- activité cardiaque fœtale perçue ;
- TV : col long, fermé, postérieur.

Questions

QUESTION N° 1

Quel diagnostic évoquer? Pourquoi?

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

Comment confirmer le diagnostic? Quels examens biologiques sont utiles dans ce cas-là?

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

Quels sont les examens permettant de mettre en évidence ou d'écarter un retentissement fœtal?

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

Quel traitement médical faut-il proposer à Mme C.?

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

Quelle modalité d'accouchement faudra-t-il conseiller à Mme C.? Pourquoi?

Afficher la réponse

QUESTION N° 6

Finalement, Mme C. accouche à 39 SA d'un enfant qui va bien. Elle choisit de ne pas allaiter. Les suites de couches sont simples. Elle sort au quatrième jour et souhaite une contraception immédiate. Que peut-on lui conseiller comme moyen contraceptif?

Afficher la réponse

Retour au début

Réponses

QUESTION N° 1	**20*points***
Il s'agit probablement d'une hypertension artérielle gravidique car:	6
• pression artérielle systolique supérieure ou égale à 140 mmHg et/ou pression artérielle diastolique supérieure ou égale à 90 mmHg	4
• pas d'antécédents hypertensifs connus	4
• survenue après 20 SA (élimine une HTA chronique)	

• sans autre signe biologique anormal (pas d'albuminurie pour l'instant) 6 



Le tableau peut évoluer vers une prééclampsie.

QUESTION N° 2 **25*points***

Surveillance de la pression artérielle au repos pour confirmer la réalité de l'HTA 10

Examens biologiques pour éliminer des complications souvent associées à la prééclampsie (diagnostic différentiel ou risque évolutif de l'HTA gravidique): 5

• numération-formule-plaquettes sanguines (recherche d'une thrombopénie, voire d'une anémie par hémolyse) 3

• bilan hépatique : transaminases ASAT-ALAT à la recherche d'une cytolyse hépatique 2

• ionogramme sanguin 2

• acide urique (une hyperuricémie sera en faveur d'une évolution de type prééclampsie) 3

QUESTION N° 3 **10*points***

Échographie fœtale à la recherche: 2

• d'un retard de croissance intra-utérin 1

• prédominant sur le périmètre abdominal et le fémur (évoque une origine vasculaire du RCIU) 2

• d'une anomalie circulatoire en mode Doppler au niveau ombilical (élévation des résistances vasculaires), cérébral (diminution des résistances) et veineux (au niveau du canal veineux d'Arantius : apparition d'une *onde a* négative signant une hyperpression intra-auriculaire droite péjorative) 2

• d'une diminution de la vitalité fœtale 1

Surveillance du rythme cardiaque fœtal, à la recherche d'anomalies du rythme 2



Dans ce cas, le RCIU est peu probable car la HU est normale pour le terme. Néanmoins, l'échographie est plus fiable que la HU et il faudra prévoir une surveillance renforcée.

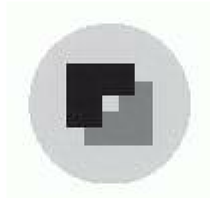
QUESTION N° 4 **10*points***

Repos 4

Hydratation (hypovolémie relative fréquente surtout si prééclampsie)	1
Ces chiffres tensionnels ne justifient pas systématiquement de traitement médical hypotenseur.	
Si la pression artérielle augmente, un traitement par inhibiteur calcique sera proposé en évitant toute hypotension	1
La surveillance tensionnelle est indispensable	2
Surveillance de l'albuminurie	2

QUESTION N° 5 **20*points***

Mme C. a déjà eu deux césariennes, elle présente donc un utérus bicicatriciel	2
Dans ce cas, le risque principal est celui de la rupture utérine (3-6 %) en cas d'épreuve utérine (tentative d'accouchement par voie basse)	6
Il y a alors un risque fœtal (anoxie) et maternel (hémorragie) plus important	2
On lui conseille plutôt un accouchement par césarienne itérative	10

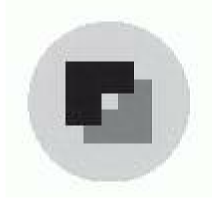


En cas de localisation placentaire sur la cicatrice, le risque de placenta accreta est augmenté! L'échographie anténatale doit évaluer précisément ce risque.

QUESTION N° 6 **15*points***

On peut lui conseiller:

• une contraception locale jusqu'à son retour de couches	5
• une contraception microprogestative pure, continue, à débuter soit immédiatement,	2
• soit au 1er jour des prochaines règles *per os* (Cerazette®) ou par implant souscutané (Nexplanon®)	3
• d'utiliser ultérieurement (3 mois après son accouchement) un dispositif intrautérin	5



Les microprogestatifs sont à préférer aux œstroprogestatifs en suite de couches ; ici, pour deux raisons principales : la patiente présente un risque accru de thrombose (césarienne, surpoids, etc.), et elle a développé une HTA qu'il faudra contrôler en suite de naissance.



RÉFÉRENCES

ANAES (2004) : Stratégie de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Recommandations professionnelles.

Lansac J, Berger C, Magnin G et Soutoul J H, Obstétrique pour le praticien. Paris : Ed. Masson, 1997.



OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

Objectif principal :

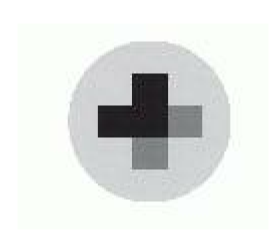
N° 17 : Principales complications de la grossesse.

Objectifs secondaires :

N° 21 : Prématurité et retard de croissance intra-utérin : facteurs de risque et prévention.

N° 22 : Accouchement, délivrance et suites de couches normales.

N° 27 : Contraception.



DIFFICULTÉ

2/3

Retour au début

Cas Clinique N° 4

Mme D., 33 ans, consulte son médecin généraliste dans le cadre d'une consultation préconceptionnelle.

Ses antécédents sont les suivants :

- chirurgicaux : RAS ;
- gynéco-obstétricaux : premières règles à l'âge de 12 ans, cycles réguliers, pas de contraception jusqu'alors ;
- médicaux : comitialité traitée par Dépakine® Chrono (1 comprimé par jour), bien équilibrée.

Mme D. ne consomme pas d'alcool, ni de drogue ; elle fume dix cigarettes par jour.

L'examen clinique général permet d'obtenir les résultats suivants :

- taille : 1,60 m, poids : 50 kg ;
- pression artérielle : 120/90 mmHg.

Le reste de l'examen est sans particularité.

Mme D. a une carte de groupe sanguin avec deux déterminations : elle est A-, Kell+. Son conjoint est O+, Kell-.

Questions

QUESTION N° 1

Quels conseils lui donner en vue d'une grossesse souhaitée à court terme?

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

Quels examens biologiques faut-il lui prescrire, dans le cadre de la consultation préconceptionnelle?

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

Quel traitement lui proposer en vue d'une éventuelle grossesse?

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

Six mois plus tard, Mme D. consulte de nouveau, à 8 semaines d'aménorrhée ; le test de grossesse est positif. Elle est toujours traitée par Dépakine® Chrono. À quel moment lui conseiller de réaliser l'échographie du 1er trimestre?

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

L'échographie du 1er trimestre s'avère normale. Quel serait l'intérêt, chez Mme D., de réaliser les marqueurs sériques de la trisomie 21 au 2e trimestre plutôt qu'au 1er trimestre?

Afficher la réponse

QUESTION N° 6

Le risque séquentiel intégré de trisomie 21 est le suivant : 1/230 (HCG = 3 MoM et α-FP = 0,8 MoM). Il est convenu de faire une amniocentèse à 17 semaines d'aménorrhée. Le résultat de cette amniocentèse s'avère normal : caryotype normal, taux d'alpha-fœtoprotéine amniotique normal pour l'âge gestationnel. Quelle précaution faut-il prendre au décours immédiat de l'amniocentèse?

Afficher la réponse

QUESTION N° 7

Par la suite, la recherche d'anticorps irréguliers effectuée régulièrement s'avère légèrement positive, avec mise en évidence d'anticorps anti-D à titre faible. Ces résultats positifs sont observés à 20 et 28 semaines et disparaissent ensuite. Comment expliquer cette positivation transitoire de la recherche d'anticorps irréguliers?

Afficher la réponse

QUESTION N° 8

Mme D. accouche finalement à terme et sans difficulté particulière d'une petite fille de 3 250 g qui va bien. Quels examens biologiques faut-il réaliser sur le sang du cordon? En fonction du résultat de cet examen, que faut-il faire?

Afficher la réponse

Retour au début

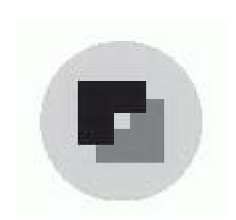
Réponses

QUESTION N° 1	**10*points***
Sevrage tabagique	3
Consultation auprès d'un médecin ou d'une sage-femme tabacologue	2
Consulter un neurologue pour éventuellement modifier le traitement anticomitial	3
car la Dépakine® augmente le risque de défaut de fermeture du tube neural chez l'embryon	1
Il faut autant que possible diminuer la dose (dose minimale efficace)	1

QUESTION N° 2	**15*points***
Sérologie de la rubéole (si négatif vaccination)	5
Sérologie de la toxoplasmose	2
Sérologie de la syphilis	1
Mise à jour des vaccins (rougeole, tétanos, coqueluche, etc.)	3
Proposer une vaccination antigrippale	2
Examen clinique : pression artérielle, examen mammaire et frottis cervicovaginal	2

QUESTION N° 3	**10*points***
Traitement d'acide folique (5 mg/j), pour réduire le risque d'anomalie de fermeture du tube neural si le traitement par Dépakine® est maintenu	5
Ce traitement doit être débuté 2 à 3 mois avant la conception et poursuivi pendant le 1er trimestre de la grossesse	5

QUESTION N° 4	**20*points***
L'échographie du 1er trimestre doit être réalisée entre 11 SA et 13 SA + 6 J	10
ce qui correspond à une LCC entre 45 et 84 mm pour mesurer la clarté nucale	10



En cas de cycles irréguliers, une échographie de datation plus précoce pourra être réalisée.

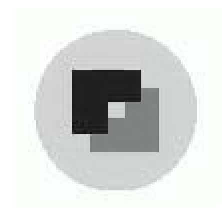
QUESTION N° 5	**10*points***
L'évaluation du risque de trisomie 21 par les marqueurs sériques du 2e trimestre repose sur le dosage des HCG et de l'α-FP (et non de la PAPP-A	5

comme au 1er trimestre)

Une concentration sérique d'a-FP supérieure à 2,5 MoM est associée à une augmentation du risque de défaut de fermeture du tube neural. Un taux très élevé d'a-FP impose une échographie morphologique précoce 5

QUESTION N° 6 ***5points***

Il faudra injecter des immunoglobulines anti-D en vue de prévenir l'apparition d'une allo-immunisation fœtomaternelle anti-D : Rhophylac® 200 µg par voie IV ou IM 5



La dose de 300 µg d'anti-D est réservée à la prévention du risque d'allo-immunisation au troisième trimestre.

QUESTION N° 7 **10*points***

Cette positivation transitoire est liée à la présence d'immunoglobulines anti-D résiduelles suite à l'injection d'anti-D pratiquée au moment de l'amniocentèse 5

La persistance des anti-D au-delà peut faire craindre une allo-immunisation maternelle 5

QUESTION N° 8 **10*points***

Il faut réaliser sur le sang du cordon un groupage sanguin afin de savoir si l'enfant est rhésus positif ou rhésus négatif: 4

- si l'enfant est Rh+, il n'y a pas de traitement particulier à faire 3
- si l'enfant est Rh-, il faut faire une injection d'immunoglobulines anti-D (Rhophylac®) et réaliser un test de Kleihauer pour permettre d'en adapter la dose 3



RÉFÉRENCE

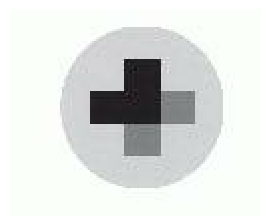
Collège national des gynécologues obstétriciens français (2005) : Recommandations pour la prévention de l'allo-immunisation fœtomaternelle.



OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

N° 16 : Grossesse normale. Besoins nutritionnels d'une femme enceinte.

N° 20 : Prévention des risques fœtaux : infection, médicaments, toxiques, irradiation.

 DIFFICULTÉ

3/3

Retour au début

Cas Clinique N° 5

Mme X, 35 ans, consulte pour la première fois pour un problème de stérilité. Elle est mariée depuis trois ans, et souhaite une grossesse, mais sans succès depuis 18 mois.

Ses antécédents sont les suivants :

- antécédents médicaux : néant ;
- antécédents chirurgicaux : péritonite appendiculaire à l'âge de 12 ans avec reprise chirurgicale quinze jours plus tard ;
- antécédents gynéco-obstétricaux : premières règles à 12 ans et demi, cycles plus ou moins réguliers, variant de 27 à 35 jours, règles normales, durant trois jours, quelques phénomènes douloureux en fin de règles depuis deux ans.

M. X a 36 ans et n'a pas d'antécédents particuliers.

L'examen clinique de Mme X montre :

- examen mammaire : sans particularité, pas d'écoulement mamelonnaire ;
- caractères sexuels secondaires normaux ;
- poids : 55 kg, taille : 1,65 m;
- examen cervicovaginal normal, frottis normal ;
- toucher vaginal : l'utérus est de taille normale, en bonne position. On perçoit une masse latéro-utérine droite d'environ 4 cm de diamètre, peu mobile, sensible.

Questions

QUESTION N° 1

Quels sont les examens biologiques qu'il convient de prescrire initialement à Mme X dans un premier temps?

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

Quels examens d'imagerie faut-il demander dans le cadre d'un bilan de stérilité chez cette patiente? Précisez vos arguments.

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

La masse latéro-utérine droite apparaît à l'échographie comme une formation kystique uniloculaire, sans végétation, sans hypervascularisation, à contenu régulièrement échogène *(voir figure 1).* Quelle est la nature probable de ce kyste (plusieurs propositions possibles)?

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

Quel examen permet-il, dans un premier temps, d'apprécier le pouvoir fécondant de M. X? Pouvez-vous en donner les principales caractéristiques normales?

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

L'ensemble du bilan de stérilité réalisé s'avère normal. Quels examens complémentaires paraissent nécessaires pour explorer le kyste ovarien et les troubles de la fertilité? Donnez vos arguments.



Figure 1

Afficher la réponse

QUESTION N° 6

Alors que les examens prescrits sont en cours de réalisation, Mme X constate un retard de règles et des phénomènes de tension mammaire. Elle fait réaliser un test biologique de grossesse qui s'avère positif. Quel examen faut-il prévoir rapidement et pourquoi?

Afficher la réponse

QUESTION N° 7

Compte tenu de la grossesse débutante, quels conseils faut-il donner à Mme X pour la prise en charge de son kyste de l'ovaire et pourquoi?

Afficher la réponse

Retour au début

Réponses

QUESTION N° 1	***25points***
Dosage plasmatique au troisième jour du cycle	5
FSH-LH	5
Prolactine	5
Estradiol	5
Réserve ovarienne : AMH-inhibine B	3
Sérodiagnostic *Chlamydia*	1
Recherche d'inflammation : CRP	1

QUESTION N° 2	***10points***
Échographie pelvienne compte tenu de la masse latéro-utérine	4
Dans le cadre du bilan d'infertilité, l'échographie cherchera:	
• des signes d'endométriose	1
• à évaluer la réserve ovarienne : compte folliculaire, taille des ovaires	1
Hystérosalpingographie en l'absence de signe infectieux et de grossesse pour apprécier la perméabilité tubaire	4

QUESTION N° 3	***15points***
Compte tenu des caractéristiques échographiques du kyste et du contexte général, on peut évoquer:	
• un kyste endométriosique de l'ovaire, hypothèse la plus probable	7
• un kyste fonctionnel de l'ovaire (surtout lorsque le kyste fonctionnel est hémorragique)	4
• un kyste dermoïde	4

QUESTION N° 4	***10points***

Spermogramme avec spermocytogramme et spermoculture 4

Valeurs de référence:

- sperme stérile 1
- volume éjaculat > 1,5 mL (abstinence 2-8 jours) 1
- spermatozoïdes > 15 M/mL 1
- mobilité (fléchants rapides + lents progressifs) > 30% 1
- mobilité ne diminuant pas de plus de 50% après une heure 1
- morphologie normale > 15% (classification de David et Auger) 1

QUESTION N° 5 **10*points***

La patiente présente des douleurs en fin de cycle : une cœlioscopie doit être envisagée et permettra: 3

- de confirmer et de quantifier l'importance de l'endométriose (et son traitement) 2
- de rechercher des adhérences pelviennes éventuelles (et leur traitement) 1
- de traiter le kyste : kystectomie respectant la corticale ovarienne pour préserver la réserve folliculaire 2
- éventuellement : épreuve au bleu vital pour vérifier la perméabilité tubaire en cours d'intervention 1

Dosage plasmatique du CA 125 (marqueur de l'endométriose et de la malignité du kyste) 1

QUESTION N° 6 **20*points***

Échographie de grossesse précoce 10

afin de préciser:

- le siège et la vitalité de la grossesse 3
- le nombre d'embryon 3
- l'âge de la grossesse 4

La découverte de la grossesse doit faire suspendre toutes les investigations complémentaires.

QUESTION N° 7 **10*points***

Surveillance échographique du kyste en cours de grossesse 3

Risque de torsion d'annexe imposant une chirurgie (informer la patiente) 3

Pas de chirurgie systématique au cours de la grossesse en l'absence de symptômes 2

étant donné la taille	1
et l'absence de signes de malignité	1

 RÉFÉRENCE

Organisation mondiale de la santé (mise à jour 2010) : Spermogramme.

 OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

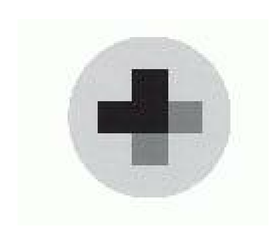
Objectifs principaux :

N° 29 : Stérilité du couple : conduite de la première consultation.

N° 30 : Assistance médicale à la procréation : principaux aspects biologiques, médicaux et éthiques.

Objectif secondaire :

N° 292 : Algies pelviennes chez la femme.

 DIFFICULTÉ

3/3

Retour au début

Cas Clinique N° 6

Mme X, 22 ans, consulte pour la première fois pour demander des conseils pour une première grossesse qu'elle souhaite obtenir rapidement.

Ses antécédents sont les suivants :

- antécédents chirurgicaux : néant ;
- antécédents gynécologiques obstétricaux : premières règles à l'âge de 12 ans, cycles réguliers ;
- antécédents médicaux : comitialité depuis l'âge de 12 ans, traitée par valproate de sodium (Dépakine® Chrono 500) : 1 comprimé par jour.

Grâce à ce traitement, elle n'a pas eu de crise depuis trois ans. Elle est régulièrement suivie par un neurologue.

Elle prend une contraception orale par œstroprogestatif à 30 gamma d'éthinylestradiol, bien supportée.

L'examen clinique est normal.

L'examen général montre :

- taille : 1,65 m, poids : 50 kg ;
- groupe sanguin : A1B-, Kell- (une détermination).

Son conjoint est de groupe sanguin O+.

Questions

QUESTION N° 1

Quels examens biologiques lui proposer dans le cadre de cette consultation préconceptionnelle?

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

La sérologie de la rubéole s'avère négative. Quels conseils lui donner, avec quelles précautions?

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

Quels conseils lui donner en vue d'une future grossesse? Justifiez votre prescription.

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

Six mois plus tard, Mme X consulte de nouveau. Elle a un retard de règles de huit semaines environ. L'examen clinique est conforme et sans particularité. À quel moment lui conseiller de réaliser une première échographie et pourquoi?

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

Quels sont les examens biologiques à réaliser dans le cadre de la déclaration de grossesse?

Afficher la réponse

QUESTION N° 6

Les résultats du risque séquentiel intégré sont les suivants :

- risque de trisomie 21 : 1/6 541 ;
- alpha-fœtoprotéine sérique : 2,80 MoM ;
- HCG sérique : 1,20 MoM ;
- clarté nucale : 2,1 mm (LCC : 61 mm).

La conclusion de cet examen est la suivante : la patiente n'appartient pas à un risque accru de trisomie 21, mais il est nécessaire de réaliser une échographie orientée spécialisée. Pouvez-vous expliquer la raison de cette échographie?

Afficher la réponse

Retour au début

Réponses

QUESTION N° 1	**15*points***
Deuxième détermination du groupe sanguin	5

Sérologie de la toxoplasmose 5

Sérologie de la rubéole 5

QUESTION N° 2 **10*points***

Vaccination contre la rubéole 5

après vérification de l'absence de grossesse 1

Poursuite de la contraception pendant 3 mois 4

QUESTION N° 3 **20*points***

Consultation de son neurologue pour réduire si possible le traitement anticonvulsivant 10

Prescription d'acide folique pour prévenir le risque accru d'anomalie de fermeture du tube neural lié au traitement par Dépakine® ; si ce traitement est maintenu : Speciafoldine® 5 mg, 1 cp/j 8

Même sans traitement, le risque de défaut de fermeture est toujours supérieur à celui d'une femme non épileptique (traitement à prescrire dans tous les cas) 2

QUESTION N° 4 **15*points***

Échographie du premier trimestre entre 11 SA et 13 SA + 6 j pour:

• préciser le type de grossesse (simple, multiple) 5

• préciser l'âge gestationnel (LCC), préciser la vitalité, dépister les anomalies 5

• mesurer la clarté nucale en vue d'évaluer le risque d'aneuploïdie 5

QUESTION N° 5 **20*points***

Recherche d'anticorps irréguliers 5

Glycémie à jeun 5

Sérologie de la syphilis 5

Sérologie de la rubéole 3

Recherche de protéinurie et de glycosurie 2

La glycémie à jeun est désormais obligatoire pour dépister les diabètes préexistants à la grossesse.

QUESTION N° 6 **20*points***

Le risque de trisomie 21 est inférieur à 1/250 ; il n'y a pas lieu de proposer un caryotype fœtal 5

En revanche, le taux d'alpha-fœtoprotéine est supérieur à 2,50 MoM : risque

accru de défaut de fermeture du tube neural	5
Il faut réaliser une échographie orientée	5
Échographie morphologique précoce par un spécialiste	5

En cas de doute sur un défaut de fermeture du tube neural, une amniocentèse peut aider au diagnostic. Un taux élevé d'alpha-fœtoprotéine et surtout la présence d'acétylcholine estérase dans le liquide amniotique peuvent confirmer le diagnostic de défaut de fermeture du tube neural.



RÉFÉRENCE

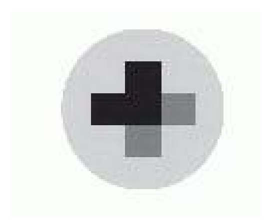
Haute Autorité de santé (2009) : Stratégie de dépistage de la trisomie 21.



OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

N° 15 : Examen prénuptial.

N° 20 : Prévention des risques fœtaux : infection, médicaments, toxiques, irradiation.



DIFFICULTÉ

2/3

Retour au début

Cas Clinique N° 7

Mme Y., 25 ans, secrétaire, consulte pour un début de grossesse. Il s'agit de sa seconde grossesse.

Ses antécédents sont les suivants :

- antécédents chirurgicaux : néant ;
- antécédents médicaux : néant ;
- antécédents gynécologiques : premières règles à 13 ans, cycles réguliers ;
- antécédents obstétricaux : l'année précédente, grossesse normale, accouchement normal à terme d'un garçon de 4 150 g ;
- contraception habituelle par œstroprogestatifs interrompue il y a six mois.

Les résultats de ses examens biologiques montrent :

- GS : O-, Kell+ (deux déterminations) ;
- sérologie VIH négative ;
- sérologie syphilitique négative ;
- sérologie de la rubéole positive ;
- sérologie de la toxoplasmose négative.

Sa taille est de 1,55 m, son poids de 70 kg.

Elle présente un tabagisme à dix cigarettes par jour.

La date des DR est le 1er février 2005. L'accouchement est prévu le 11 novembre 2005. Il s'agit d'une première visite à 12 semaines d'aménorrhée. L'examen clinique est sans particularité.

Mme Y. vous apporte le résultat d'une échographie qui a été faite le même jour, montrant une grossesse intra-utérine unique de bonne vitalité; l'embryon présente une longueur craniocaudale de 65 mm, correspondant à l'âge gestationnel, la mesure de la clarté nucale est égale à 1 mm, ce qui est tout à fait normal.

Questions

QUESTION N° 1

Le risque combiné au 1er trimestre pour la trisomie 21 est à 1/230. La conclusion de cet examen est la suivante : la patiente appartient à un groupe à risque accru d'aneuploïdie. Quels paramètres ont été intégrés pour le calcul du risque? Que faut-il proposer à Mme Y.?

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

Parmi les analyses biologiques effectuées au 6e mois, se trouve le résultat d'un test OMS de dépistage du diabète. Les résultats sont les suivants :

- glycémie à jeun : 1 g/L ;
- glycémie à une heure : 2,2 g/L ;
- glycémie 2 heures après ingestion de 75 g de glucose : 1,50 g/L.

Comment analyser le résultat de ce test? Mme Y. faisait-elle partie d'un groupe à risque?

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

Lors de la consultation du 7e mois, à 30 SA, les éléments suivants sont recueillis :

- HU : 24 cm;
- mouvements actifs du fœtus perçus ;
- activité cardiaque perçue ;
- TV : col long, fermé ;
- œdèmes des membres inférieurs ;
- poids : 88 kg (+ 18 kg), PA aux deux bras et au repos : 160/100 mmHg;
- bandelette urinaire : glycosurie +, albuminurie ++.

Que faut-il conseiller sans délai à Mme Y.?

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

Le bilan réalisé met en évidence des glycémies à jeun et post-prandiales normales. Les examens biologiques donnent les résultats suivants :

- acide urique : 418 UI/mL ;
- NF-plaquettes : 3,8 × 10^6GR, 210 000 plaquettes/mm^3 ;
- protéinurie des 24 heures : 1,23 g/24 h.

L'échographie montre :

- biométrie au 10e percentile ;
- vitalité normale ;
- liquide amniotique normal ;
- rythme cardiaque fœtal normal.

Quel est votre diagnostic? Quel traitement proposez-vous?

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

À 31 semaines d'aménorrhée, les examens réalisés montrent l'apparition d'une hypertension à 165/100 mmHg, une protéinurie à 2,5 g/24 h, des transaminases élevées (2 fois la normale), un taux de plaquettes à 110 000/mm^3. L'échographie fœtale révèle :

- des paramètres biométriques correspondant au 5e percentile pour le fémur et le périmètre abdominal, alors que le périmètre crânien est au 20e percentile ;
- un Doppler ombilical perturbé avec augmentation de l'index de résistance.

Quel est votre diagnostic? Quelles sont les pathologies présentées par Mme Y. et le fœtus?

Afficher la réponse

QUESTION N° 6

Quels sont les principaux signes échographiques et cardiotocographiques en faveur d'un RCIU vasculaire sévère?

Afficher la réponse

QUESTION N° 7

Quel traitement obstétrical faut-il envisager? Quelle(s) précaution(s) préliminaire(s) faut-il prendre?

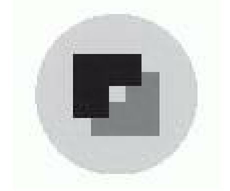
Afficher la réponse

Retour au début

Réponses

QUESTION N° 1	**20*points***
Le risque combiné est calculé à partir de:	
• l'âge maternel	5
• la mesure de la clarté nucale	4
• rapportée à la longueur craniocaudale de l'embryon (échographie du 1er trimestre)	1
• les concentrations en PAPP-A et en HCG rapportées aux valeurs médianes pour l'âge gestationnel	5
Réalisation d'un caryotype fœtal par amniocentèse de préférence après 14 SA.	4
Entre 11 et 14 SA, une ponction de villosités choriales peut être envisagée mais pas une amniocentèse (trop tôt)	1

QUESTION N° 2	**10*points***
Le test OMS est perturbé, avec trois glycémies élevées. Il existe un diabète gestationnel s'inscrivant peut-être dans le cadre d'un diabète préexistant à la grossesse	3
Facteurs de risque : obésité, antécédents de macrosomie	4
Le dépistage du diabète gestationnel n'est plus systématique mais demeure impératif chez les femmes à risque	3



La glycémie à jeun du premier trimestre doit permettre de dépister les diabètes préexistants. Elle est désormais systématique.

QUESTION N° 3	**10*points***
Hospitalisation pour prééclampsie	5

Bilan de vitalité et de croissance fœtale	3
Bilan diabétique, régime hypocalorique	2

QUESTION N° 4 **15*points***

Prééclampsie modérée	5
Traitement : repos, hospitalisation pour surveillance de la mère et de l'enfant	5
Traitement hypotenseur car la pression artérielle est très augmentée	3
par inhibiteur des canaux calciques lents en première intention	2

QUESTION N° 5 **15*points***

Prééclampsie sévère	5
compliquée d'un *Hellp syndrom*	5
et associée à un probable retard de croissance intra-utérin (hypotrophie fœtale vasculaire)	2
L'augmentation des résistances ombilicales et l'HTA maternelle plaident fortement en faveur d'une cause vasculaire	3



La présence d'un diabète gestationnel (qui induit souvent une macrosomie) minore probablement l'hypotrophie fœtale.

QUESTION N° 6 **15*points***

Signes échographiques et Doppler:	
• une restriction de croissance affectant le périmètre abdominal et la longueur fémorale	2
• oligo-anamnios	2
• Doppler ombilical : élévation des résistances avec au maximum diastole nulle, voire *reverse flow*	2
• Doppler cérébral : diminution des résistances cérébrales	2
• Doppler veineux (ductus veineux d'Arantius : *onde a* négative)	2
• baisse des mouvements fœtaux	2
Anomalies du RCF : tracé peu oscillé peu réactif (tracé plat), ralentissements répétés du RCF, diminution de la variation à court terme du RCF (analyse informatisée : VCT < 3,5 ms)	3

QUESTION N° 7 **15*points***

Traitement hypotenseur par inhibiteur des canaux calciques	2
Remplissage vasculaire	1
Corticothérapie pour activer la maturation fœtale si elle n'a pas été faite	

avant (bétaméthasone)	3
Le CNGOF propose de prévenir l'éclampsie et de réduire le risque de complications neurologiques chez l'enfant en effectuant une perfusion de sulfate de magnésium maternelle	3
Surveillance rapprochée du traitement par sulfate de magnésium (risque d'arrêt cardiorespiratoire)	2
extraction fœtale par césarienne	4

Pour être efficace dans l'intérêt fœtal, le traitement par sulfate de magnésium doit être initié au moins deux heures avant la naissance. La surveillance repose sur :

- *surveillance continue de la pression artérielle et de la SpO_2 ;*
- *surveillance continue sous scope ECG ;*
- *surveillance clinique : fréquence respiratoire, réflexe ostéotendineux.*

ARRÊT IMMéDIAT de la perfusion + APPEL MéDECIN + DOSER MAGNéSéMIE si :

- *FR < 12/min ;*
- *hypotension ;*
- *abolition des ROT ;*
- *troubles de la conscience ;*
- *oligoanurie (< 100 mL en 4 heures).*

Risque si magnésémie supérieure à 5 mmol/L : interrompre traitement.

Risque létal si magnésémie > 6 mmol/L : antagoniser par gluconate de calcium 1 g/IV.



RÉFÉRENCES

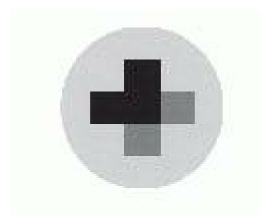
Collège national des gynécologues et obstétriciens français (2011) : Utilisation du sulfate

de magnésium en obstétrique. Recommandations.

CNGOF (2010) : Diabète gestationnel. Recommandations.

OBJECTIF PÉDAGOGIQUE

N° 17 : Principales complications de la grossesse.

 DIFFICULTÉ

3/3

Retour au début

Cas Clinique N° 8

Mme S., 32 ans, consulte pour une aménorrhée de 12 semaines. Cette patiente nullipare et sans contraception présente habituellement des cycles réguliers de 28 jours. On ne note pas d'antécédents particuliers en dehors d'une myopie (- 10 dioptries bilatéralement).

Questions

QUESTION N° 1

Vous suspectez bien entendu une grossesse. Quels signes allez-vous chercher à l'examen clinique pour confirmer le diagnostic? Comment fixez-vous le terme de cette grossesse? Quel examen spécifique allez-vous demander chez cette patiente en vue de l'accouchement?

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

La grossesse se déroule normalement. La patiente consulte à 39 SA, car elle pense avoir perdu du liquide amniotique. L'examen clinique confirme la rupture franche de la poche des eaux, le col est court à un doigt à l'orifice interne. Au cardiotocogramme, le rythme cardiaque fœtal basal est à 130 bpm, normo-oscillé, normoréactif et il n'y a pas de contractions utérines. La patiente est-elle en travail? Comment confirmez-vous la rupture spontanée des membranes en cas de doute? Citez les principaux moyens d'induction du travail.

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

Après un travail de 12 heures, la patiente est à dilatation complète ; la présentation céphalique est engagée. Quelle est la définition de l'« engagement »? Comment en faire le diagnostic cliniquement? Quelles sont les présentations d'engagement et de dégagement les plus fréquentes?

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

Finalement, la patiente accouche à l'aide de forceps, en raison d'efforts expulsifs insuffisants après 40 minutes de poussée, d'un garçon de 4 010 g, Apgar 10. La délivrance d'un placenta complet se fait naturellement, malgré l'arrêt des ocytociques. Vingt minutes après la délivrance, la patiente saigne de manière abondante. L'utérus est mou au-dessus de l'ombilic, la TA est à 8/4, le pouls à 130. Quels facteurs de risque d'hémorragie trouvezvous ici? Quel traitement symptomatique du choc doit être instauré par le médecin anesthésiste? Quel geste réalisez-vous immédiatement et dans quels buts?

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

Malgré votre geste, l'utérus reste atone. Comment luttez-vous contre cette atonie? Les saignements persistent. Citez, en les hiérarchisant, les autres méthodes à visée hémostatique.

Afficher la réponse

QUESTION N° 6

L'hémorragie s'est arrêtée. À quelle complication classique la patiente est-elle exposée secondairement du fait de cette hémorragie de la délivrance sévère et sur quels éléments cliniques allez-vous la diagnostiquer? Quelle mesure prophylactique en rapport avec la délivrance doit être envisagée lors d'un prochain accouchement?

Afficher la réponse

Retour au début

Réponses

QUESTION N° 1	**15*points***
Signes recherchés à l'examen clinique	
• Signes sympathiques de grossesse:	2
- nausées, vomissements	2
- asthénie, insomnie, hypersomnie	1
- polyurie	
- tension mammaire	1
• TV (plus palpation abdominale systématiquement):	
- utérus augmenté de volume	2
- signe de Noble et Hégar	
- col hyperhémié au spéculum (lilacé)	
• Modifications mammaires et cutanées	1
• Bruits du cœur par ultrason	
Détermination du terme de la grossesse	
• DDR : règle de Naegele = J1 des dernières règles + 10 jours - 3 mois	2
• Échographie obstétricale précoce (moyen le plus fiable) : mesure LCC	2
Examen spécifique en vue de l'accouchement	
Fond d'œil à la recherche de lésions rétiniennes prédisposant au décollement de rétine (myopie forte)	2

QUESTION N° 2 **20*points***

Non, la patiente n'est pas en travail (travail = CU + modifications cervicales = CU efficaces)	5
Confirmation de la rupture des membranes	
Recherche dans les sécrétions vaginales:	
• IGFBP-1 (*Insulin-like Growth Factor-Binding Protein 1*) : Actim PROM®, PROM-test®	2
• recherche de PAMG-1 (alpha-1-microglobuline placentaire [AmniSure®])	1
• pH (nitrazine test : Amnicator®)	2
• *fern-test,* DAO (diamine oxydase) et autres	
Principaux moyens d'induction du travail	
• Méthodes non médicamenteuses:	1
- décollement PI de l'œuf	2
- amniotomie	1
- stimulation mammaire (tire-lait)	1
- acupuncture (?)	
• Méthodes médicamenteuses:	1
- prostaglandines E2 naturelles (voie vaginale +++ ou IV) : Prostine® ou Propess®	2
- oxytocine (ocytocine synthétique) : Syntocinon®	2

QUESTION N° 3 **10*points***

L'engagement est le franchissement par le plus grand diamètre de la présentation du détroit supérieur du bassin	4
Le diagnostic clinique se fait par le signe de Farabeuf (le plus classique):	2
deux doigts intravaginaux dirigés vers S2 ne trouvent pas place entre la présentation et le plan sacrococcygien (autres signes : signe de Le Lorier, signe de Demelin)	
Les présentations d'engagement et de dégagement les plus fréquentes sont, respectivement:	
• occipito-iliaque gauche antérieure ou OIGA (55-60% des variétés d'engagement)	2
• occipitopubienne (90-95% des variétés de dégagement)	2

QUESTION N° 4 **15*points***

Facteurs de risque d'hémorragie	
• Arrêt intempestif des ocytociques	1
• Travail long	1
• Macrosomie fœtale	1

• Extraction instrumentale 1

Traitement symptomatique du choc

• Trendelenburg 1

• 2e VVP 1

• O_2 1

• Remplissage vasculaire (cristalloïdes, macromolécules expansives, CGR à commander, voire PFC) 1

• surveillance hémodynamique (scope ECG, saturomètre, Dynamap®)

Il faut réaliser immédiatement :

• une révision utérine (RU) 2

• en urgence 1

Pour:

• vérifier la vacuité utérine (caillots, débris placentaires) et tonifier l'utérus 1

• rechercher une rupture utérine 1

• détecter une malformation utérine 1

• réinstaurer l'oxytocine

• Associer systématiquement une révision de la filière génitale pour éliminer une déchirure cervicale ou vaginale 1

QUESTION N° 5 ***30points***

Lutte contre l'atonie

• Traitement utérotonique (ocytocique) 2

• Syntocinon® (attention à la dose) 5

• PGE2 synthétiques : sulprostone (Nalador®). *Nota :* les contre-indications dans cette situation à risque vital sont rares 5

Autres méthodes à visée hémostatique

• Éliminer une lésion de la filière génitale (brèche vaginale, déchirure cervicale) : révision sous valves 2

• Corriger un trouble de la coagulation primaire (FdW) ou secondaire (fibrinogène, PFC, antifibrinolytiques : acide tranexamique [Exacyl®]) 2

• Ocytociques intramuraux : oxytocine, Méthergin® (CI pour certains) 1

• Traitement mécanique:

- *twisting* utérin (coude les artères utérines)
- tamponnement intra-utérin par un ballonet et expression utérine 1
- radio-intervention : embolisation des artères utérines ou des artères hypogastriques 2

• Méthodes chirurgicales:

- ligatures vasculaires (Tsirulnikov), plus efficaces que la ligature de 3

l'artère iliaque interne (hypogastrique)

- adossement des parois utérines, compression et rétraction : technique de la ligature utérine totale (Huissoud), matelassage utérin (Cho), bretelles (BLynch) 3
- hystérectomie d'hémostase 2

Prise en charge rapide +++ 2

QUESTION N° 6 **10*points***

Complication

Anémie, pâleur, numération-formule, tableau de choc hémorragique

• Tableau de choc hémorragique (non spécifique, mais hypophyse sensibilisée par la grossesse):

- syndrome de Sheehan : nécrose hypophysaire (posthypophysaire ou panpituitaire) 2
- absence de montée laiteuse 1
- absence de retour de couches 1

• Tableau d'hypopituitarisme : insuffisance surrénalienne révélatrice si panhypopituitarisme 1

Mesure prophylactique

Délivrance dirigée (= assistée, artificielle): 5

5 ou 10 UI oxytocine en IVD lors du dégagement des épaules (prévention primaire en principe +++)

RÉFÉRENCES

Huissoud C *et al.* A Stich in Time : Layers of Circular Sutures Can Staunch Postpartum Hemorrhage. Am J Obstet Gynecol 2012 ; Feb. 206 (2).

Goffinet F *et al.* Postpartum Haemorrhage : Recommendations for Clinical Practice. Gynecol Obstet Fertil 2005; 33.

Langer B *et al.* Obstetrical Management in the Event of Persistent or Worsening Postpartum Hemorrhage despite Initial Measures. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2004; 33 (8 suppl).



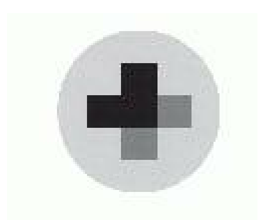
OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

N° 16 : Grossesse normale. Besoins nutritionnels d'une femme enceinte.

N° 17 : Principales complications de la grossesse.

N° 25 : Suites de couches pathologiques : pathologie maternelle dans les 40 jours.

N° 243 : Hémorragie génitale chez la femme.

 DIFFICULTÉ

3/3

Retour au début

Cas Clinique N° 9

Mme G., 32 ans, III G IP, consulte à 26 SA pour la première fois ; elle se plaint d'un prurit vulvaire gênant depuis 48 heures.

Dans ses antécédents, on note :

- une fausse couche tardive à 24 SA;
- un accouchement par forceps à 39 SA d'un bébé de 4 400 g (porteur d'une CIV), compliqué d'une déchirure périnéale du 2e degré.

À l'examen clinique vous trouvez :

- une HU à 32 cm;
- un col long fermé postérieur ;
- un intertrigo des plis de l'aine ;
- des petites lèvres érythémateuses ;
- au spéculum : des parois vaginales érythémateuses avec des plages blanchâtres inodores, caillebottées et légèrement adhérentes aux parois.

La patiente dit ne pas ressentir beaucoup de contractions utérines (3 à 4 fois par jour).

Elle pèse 80 kg pour 1,60 m (68 kg avant la grossesse).

Questions

QUESTION N° 1

Quel diagnostic retenez-vous *a priori* pour ce prurit vulvaire et dans le cadre de quelle affection principale ce diagnostic s'inscrit-il probablement?

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

Comment affirmez-vous le diagnostic de l'affection principale?

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

Quels sont les risques principaux auxquels est exposé le fœtus (puis le nouveau-né) du fait de la maladie principale?

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

La patiente se présente trois jours après pour des douleurs abdominales. Au TV, le col est très court, ouvert à un doigt, et la présentation céphalique sollicite le col. Commentez l'enregistrement cardiotocographique présenté ci-après *(voir figure 1).* Quel est votre diagnostic? Quel est votre bilan dans le cadre de l'urgence?

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

Quel est votre traitement concernant le problème immédiat?

Afficher la réponse

QUESTION N° 6

Quels sont les principes du traitement de fond de l'affection causale?

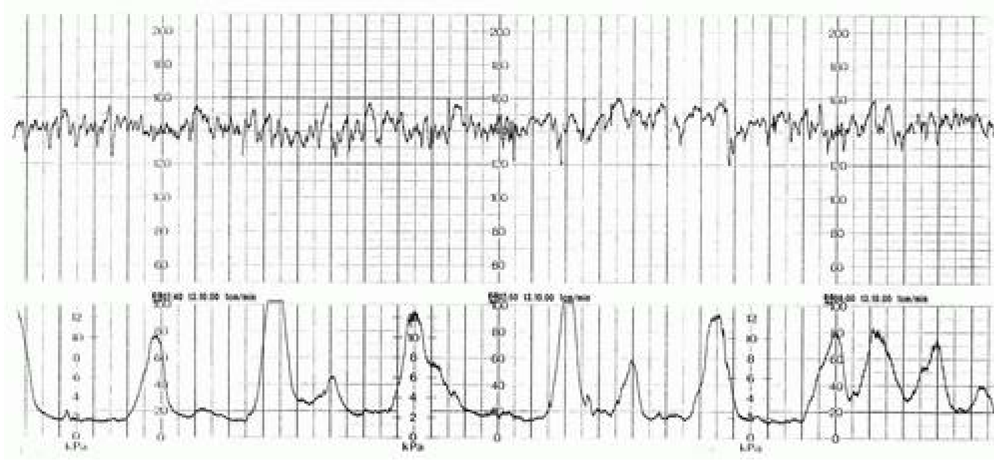


Figure 1

Afficher la réponse

QUESTION N° 7

La biométrie fœtale est au 90e percentile et il existe un hydramnios associé à un très petit estomac fœtal à l'échographie. Comment pourriez-vous expliquer cet hydramnios? Quels éléments de ce dossier pourraient éventuellement vous faire penser que cette maladie était déjà présente avant la grossesse? Comment confirmer cette hypothèse?

Afficher la réponse

Retour au début

Réponses

QUESTION N° 1 **10***points*

Il s'agit d'une colpite (vaginite) candidosique + intertrigo candidosique : candidose extensive 2

s'inscrivant probablement dans le cadre d'un diabète gestationnel, devant: 4

• les antécédents:

- macrosomie 1
- FCT

• l'examen clinique:

- candidose extensive 1
- obésité 1
- HU trop élevée (macrosomie, hydramnios) 1

QUESTION N° 2 **10***points*

Dosage de la glycémie à jeun ou après charge en glucose 75 g: 6

• valeurs normales 3

- à jeun : 0,92 g/L (5,1 mmol/L)
- H1 : 1,80 g/L (10 mmol/L)
- H2 : 1,53 g/L (8,5 mmol/L)

• Si une (ou +) glycémie est anormale : on parle de « diabète gestationnel » 1

Les modalités de dépistage du diabète gestationnel ont changé depuis fin 2010.

Le dépistage n'est plus systématique (femmes à risque uniquement).

Les seuils de glycémies ont changé.

Une glycémie à jeun doit être demandée en début de grossesse pour vérifier l'absence de diabète préexistant.

Si normal : HGPO à 75 g entre 24 et 28 SA.

QUESTION N° 3 **20***points*

Malformations fœtales (concerne le diabète existant au moment de la conception): 3

• malformations mineures : classiquement non augmentées

• malformations majeures : SNC (RR-10), reins (RR-6), cœur (RR-4),

squelettiques, système digestif

Macrosomie (graisse, splanchnomégalie): 2

• avec hydramnios 1

• et risque de dystocie des épaules notamment 2

À la naissance:

• maladie des membranes hyalines (y compris après 37 SA) 2

• hypoglycémie 2

• hypocalcémie (convulsions) 1

• ictère

• hypertrophie du septum interventriculaire (insuffisance cardiaque dans 10% des cas) 1

• cataracte congénitale 1

• polyglobulie

À terme : augmentation du risque de DID 1

Plus généralement : plus de prématurité (donc complications liées à la prématurité) 2

Augmentation des MFIU (avec ou sans toxémie maternelle, qui est plus fréquente) 2

QUESTION N° 4 ***20points***

Tracé cardiotocographique

CU régulières, d'intensité importante? (Intensité non quantifiable en cardiotocographie externe) 1

RCF:

• rythme basal normal à 140 bpm 1

• oscillations du rythme cardiaque normales (amplitude = 10-15 bpm) 1

• présence d'accélérations régulièrement (amplitude > 15 bpm pendant plus de 15 s) 1

• absence de décélération 1

Le RCF est normal 1

Diagnostic

Menace d'accouchement prématuré 2

car début de travail avant 37 SA (CU régulières, efficaces, modifiant le col)

Bilan en urgence

Hospitalisation en urgence 1

Poursuivre cardiotocographie

Bilan préthérapeutique: 1

• ECG 2

• ionogramme sanguin:

- kaliémie +++ 1

- calcémie, glycémie

Bilan à visée étiologique: 1

• échographie obstétricale à la recherche surtout d'un hydramnios (vérifier présentation) 1

• BU ± Ecbu (IU : première cause MAP) 2

• PV (recherche standard avec STB, recherche *Chlamydia* et mycoplasme, culture sur Sabouraud) 1

• CRP

• si fièvre : hémocultures et recherche spécifique de *Listeria monocytogenes,* recherche RPM

Bilan à visée pronostique: 1

• échographie cervicale (peu d'intérêt lorsque col ouvert)

• fibronectine fœtale (en tant que marqueur du risque d'AP) 1

QUESTION N° 5 **15*points***

Hospitalisation en maternité niveau III 1

Repos au lit strict, à jeun, en période critique 1

Tocolyse par *voie IV* (hors CI évidente : SFA, pathologie maternelle gravidique sévère): 3

• traitement classique par β2-mimétiques, 2

• hors CI (cardiaques surtout, HTA non contrôlable, intolérance/grossesse gémellaire = CIR)

• ou antagoniste des récepteurs à l'ocytocine : atosiban (Tractocile®) 2

• en cas de grossesse gémellaire ou de CI

• hors AMM : inhibiteurs des canaux calciques lents (nifédipine : Adalate®)

Perfusion de glucosé sous PSE insuline si diabète

Prévention des hypokaliémies chez cette patiente à haut risque (car triple traitement hypokaliémiant : β2-mimétiques, insuline, corticoïdes):

surveillance K + 1

Traitement préventif des complications néonatales liées à la prématurité: 2

• corticothérapie par bétaméthasone (Célestène® chronodose 12 mg : 2 injections à 24 heures d'intervalle) 1

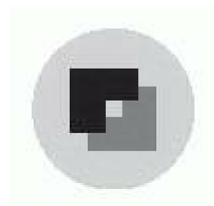
Surveillance de la tolérance (cardiaque surtout) et de l'efficacité du traitement, kaliémie et glycémie : *idem* bilan d'entrée 1

Traitement de la mycose: 1

• antifungique par voie locale (ovule pour la colpite et lait ou poudre pour

l'intertrigo)

• savon alcalin apaisant



Place de la progestérone à visée tocolytique en cours d'évaluation.

Lors de l'hospitalisation, mettre en œuvre une prévention du risque thromboembolique (contention veineuse, kinésithérapie, HBPM à discuter au cas par cas).

QUESTION N° 6 **10*points***

Prise en charge multidisciplinaire (gynécologue-endocrinologue)	1
Équilibre glycémique optimal en évitant au maximum les hypoglycémies, par:	2
• conseils hygiénodiététiques (diététicienne et régime anti-diabétique), éducation de la patiente	
• 3 repas + 3 collations (30 kcal/kg/j)	1
• 6 autocontrôles/j	1
Si diabète confirmé et régime insuffisant : insulinothérapie (pas de schéma à 1 ou 2 injections):	
• 3 injections/j d'insuline rapide (*flash* aux repas), plus insuline intermédiaire ou lente	
• ou, au mieux, pompe à insuline sous-cutanée (régler le débit de base et les *flashs* aux repas en fonction des glycémies : par exemple, 1 UI/h + 6/8/10)	2
Surveillance glycémique (carnet), HbA1c < 7%, fructosaminémie < 285 µmol/L	2
Échographie tous les mois (penser à vérifier l'épaisseur du septum interventriculaire cardiaque fœtal)	1

QUESTION N° 7 **15*points***

L'hydramnios s'explique par le diabète : macrosomie (par hyperinsulinisme réactionnel à l'origine du « stockage ») et polyurie fœtale, notamment	2
La présence d'un petit estomac associé à un hydramnios en échographie doit faire évoquer une atrésie de l'œsophage (avec ou sans fistule trachéobronchique - voir la classification de Ladd)	3
Pas de critère formel en faveur d'un diabète existant avant la grossesse mais:	
• antécédents de:	
- FCT	
- malformation cardiaque chez un enfant	1
• possible malformation digestive (atrésie œsophagienne ++) pour cette grossesse	1

• surcharge pondérale (IMC : index de Quetelet > 25 kg/m^2) 1

Le diabète, s'il existait avant la grossesse, peut être évoqué devant:

• des glycémies très élevées, HbA1c élevées : critères non formels 1

• présence de complications dégénératives liées au diabète (rares, mais critère formel) : rétinopathie diabétique proliférante (fond d'œil) 2

• albuminurie + en début de grossesse? IR?

Dans tous les cas, HGPO à distance de l'accouchement 4



RÉFÉRENCES

Collège national des gynécologues et obstétriciens français (2010) : Diabète gestationnel. Recommandations.

Lepercq J. The Diabetic Pregnant Woman. Ann Endocrino 2003; 64 (3 Suppl) : S7-11.

Touzet S, Rocher L, Dureau-Drevard E, Poncet B, Colin C, Orgiazzi J *et al.*Patterns Physicians Use to Screen for Gestational Diabetes : Descriptive Analysis in a Cohort of 701 Women.

J Gynecol Obstet Biol Reprod 2002 ; 31 : 248-55.

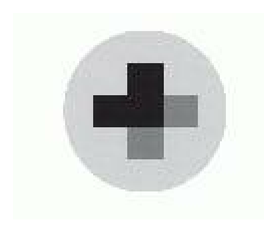
Textes complets et bibliographie rédigés par les experts du CNGOF. Menace d'accouchement prématuré. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2002 ; 31 (suppl. 7).



OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

N° 17 : Principales complications de la grossesse.

N° 88 : Infections génitales de la femme. Leucorrhées.



DIFFICULTÉ

3/3

Retour au début

Cas Clinique N° 10

Mme K., 26 ans, consulte pour une absence de règles depuis six mois.

Depuis sa puberté (premières règles à 15 ans), ses cycles sont longs, de 40 à 50 jours environ. Ses cycles s'étaient normalisés sous pilule (monophasique), mais celle-ci a été arrêtée il y a un an et demi pour désir de grossesse. Depuis, la patiente grossit (64 kg pour 1,54 m) et se plaint d'une pilosité faciale importante, de cheveux gras, ainsi que de mastodynies.

À l'examen clinique, on note :

- vulve, utérus : RAS ;
- clitoris de taille normale ;
- TV normal ;
- deux lésions cutanées hyperkératosiques de couleur suie dans le dos.

Questions

QUESTION N° 1

Comment appelle-t-on les troubles de la menstruation présentés par la patiente? Quelles sont les différences entre « hypertrichose », « hirsutisme », « virilisme »?

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

Quel diagnostic étiologique évoquez-vous en premier lieu et sur quels arguments? Expliquez les caractéristiques biologiques rencontrées le plus souvent au cours de cette affection et leur relation avec la symptomatologie présentée. Une échographie par voie endovaginale est pratiquée *(voir figure 1).* Qu'en attendez-vous? Commentez le cliché.

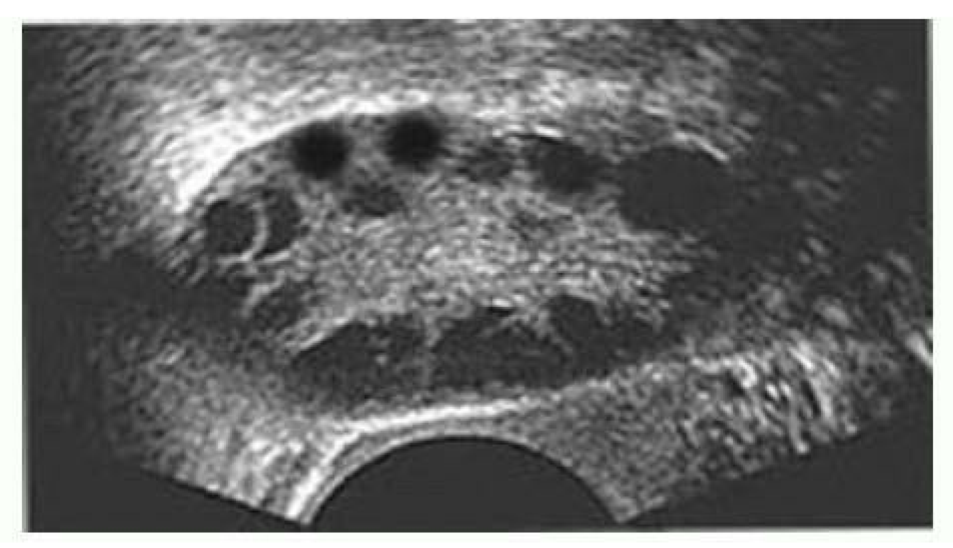


Figure 1

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

Quels autres diagnostics évoquez-vous? Proposez une stratégie diagnostique pour les éliminer facilement.

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

La patiente désirant un enfant, quel traitement débutez-vous initialement? Quelle prise en charge ultérieure proposez-vous?

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

Quel traitement auriez-vous instauré en l'absence de désir de grossesse?

Afficher la réponse

QUESTION N° 6

À quelle complication Mme K. sera-t-elle plus exposée du fait de son affection en cas de grossesse?

Afficher la réponse

Retour au début

Réponses

QUESTION N° 1 **10*points***

Troubles présentés par la patiente

• Aménorrhée, car absence de règles (depuis plus de 3 mois) 2

• Secondaire, car la patiente a déjà eu des règles 2

• Spanioménorrhée, car allongement de l'intervalle intermenstruel 2

Définitions

• Hypertrichose : augmentation de la pilosité ambosexuelle (présente dans les deux sexes) 2

• Hirsutisme : développement de la pilosité à topographie masculine 1

• Virilisme : masculinisation qui se traduit par un hirsutisme et l'apparition chez la femme d'une augmentation de la masse musculaire, d'une augmentation de la taille du clitoris, d'une virilisation de la voix (raucité) et d'une alopécie androgénogénétique (possibilité d'atrophie mammaire) 1

QUESTION N° 2 **40*points***

Diagnostic étiologique

Syndrome des ovaires micropolykystiques (OMPK) de Stein-Leventhal, devant: 7

• les données épidémiologiques : syndrome fréquent 3

• les données anamnestiques:

- spanioménorrhée normalisée sous pilule 2
- aménorrhée secondaire 2
- possible stérilité primaire (attendre 2 ans avant de parler de stérilité ; même après 2 ans, il est d'ailleurs préférable de parler d'« hypofertilité », sauf en cas de stérilité évidente, par exemple, salpingectomie bilatérale) 1

• les données de l'examen clinique*:

- surcharge pondérale 2
- *acanthosis nigricans* (insulinorésistance) 1
- signes d'hyperandrogénie 1
- signes d'hyperœstrogénie (mastodynies) 1

Caractéristiques biologiques

LH augmentée (rapport FSF/LH particulièrement bas) du fait de l'aménorrhée (car la LH induit l'ovulation : si anovulation → pas de règles) 5

E2 normale ou augmentée 1

Progestérone basse (car anovulation, donc pas de corps jaune) 1

En cas de signe d'hyperandrogénie : augmentation des androgènes ovariens (delta-4-androstènedione +++), testostérone 2

On peut observer une élévation des androgènes d'origine mixte (ovaire et surrénale) : DHEA et sa forme sulfatée d'origine surrénalienne : la DHEAS (si 1

DHEAS très élevée, penser au corticosurrénalome)**

Échographie

L'échographie endovaginale doit confirmer le diagnostic 3

et permettre d'éliminer une tumeur ovarienne sécrétante 2

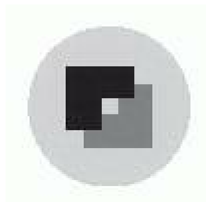
Aspect échographique de l'ovaire caractéristique:

• augmentation du volume ovarien (inconstant) 1

• ovaire ballonisé (arrondi) inconstant (non observé sur ce cliché)

• nombreux petits kystes (follicules) en couronne (= topographie périphérique) 4

• stroma hypertrophique hyperéchogène



* *Attention : généralement on ne perçoit pas les ovaires dans le syndrome des ovaires micropolykystiques lors du TV car les ovaires sont peu augmentés de volume mais le toucher peut être sensible (signe peu spécifique et inconstant). Parfois, le tableau clinique est peu marqué et on ne trouve que des cycles irréguliers dans l'anamnèse. L'échographie est très souvent pathognomonique.*

** *Test à la LH-RH inutile : réponse explosive de la LH. Ces patientes répondent de manière explosive à la stimulation ovarienne (hyperstimulation) : attention aux hyperstimulations ovariennes.*

QUESTION N° 3 **10*points***

Ce tableau est également proche de celui rencontré dans certains syndromes de Cushing 5

Dans ce cas, il n'y a pas de phénotype évocateur:

• la répartition des graisses est normale

• et le syndrome des OMPK est plus fréquent

On peut réaliser un dosage du cortisol libre urinaire sur 24 heures et réaliser un test de suppression à la dexaméthasone 3

On peut doser la DHEAS : si très élevée, penser au corticosurrénalome et réaliser un CLU et un scanner abdominal 2

Diagnostic différentiel : tumeur ovarienne virilisante éliminée facilement par l'échographie endovaginale

QUESTION N° 4 **20*points***

Traitement initial

• Test aux progestatifs:

- induction des règles 5

- à l'arrêt d'un traitement progestatif de 10 jours : indique l'existence d'une sécrétion d'œstradiol

- puis stimulation et induction de l'ovulation par citrate de clomifène (Clomid®, Pergotime®) 2

• Le régime seul 3

• ou les insulinosensibilisants (Glucophage®) 2

• peuvent corriger l'anovulation dans 70 à 80% des cas

• Certains proposent une chirurgie cœlioscopique pour induire l'ovulation (*drilling* ovarien) 3

Prise en charge ultérieure

• En l'absence d'efficacité sur plusieurs cycles, réaliser un bilan de stérilité 3

• Une stimulation de l'ovulation avec de la FSH est possible en cas d'échec, avec un risque d'hyperstimulation 2

• En cas d'indication de FIV, certains proposent des maturations *in vitro* des ovocytes après ponction des follicules (en l'absence de stimulation : protocoles expérimentaux)

QUESTION N° 5 **10*points***

Normalisation pondérale 1

Insulinosensibilisateur 1

Traitement cosmétique (shampoing antiséborrhéique, épilation) Pour corriger l'hyperandrogénie = antiandrogènes: 2

• acétate de cyprotérone (AC): 2

- Diane 35® (effet contraceptif, hors AMM) : 1 cp/j pendant 21 j/mois, interruption de 7 jours

- schéma inversé : AC de J5 à J14 + EE de J5 à J24

• ou contraception orale classique associée au traitement antiandrogène: 2

- traitement par spironolactone : 100 à 200 mg/j (diurétique) 1

- ou par finastéride : 5 mg (inhibe la 5-alpha-réductase) 1

En l'absence d'hyperandrogénie : progestatifs de J5 à J25

QUESTION N° 6 **10*points***

Risque de diabète gestationnel accru 5

parce qu'elle présente une insulinorésistance 2

On doit réaliser systématiquement une hyperglycémie provoquée orale en cours de grossesse 2

La recherche d'un diabète préexistant est d'ailleurs envisageable en dehors de la grossesse 1

 RÉFÉRENCES

Gervaise A, Fernandez H. Ovarian Drilling for Treatment of Polycystic Ovary Syndrom. Gynecol Obstet Fertil 2005; 33 : 713-7.

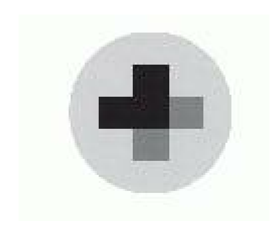
Lorcy Y. Micropolycystic Ovaries and Insulin-Resistance Syndrom. Ann Endocrinol 2005; 66 : 18-23.

 OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

N° 26 : Anomalies du cycle menstruel. Métrorragies.

N° 30 : Assistance médicale à la procréation : principaux aspects biologiques, médicaux et éthiques.

N° 296 : Aménorrhée.

 DIFFICULTÉ

3/3

Retour au début

Cas Clinique N° 11

Mme C., 32 ans, consulte pour des douleurs hypogastriques irradiant à droite et évoluant depuis trois jours.

Dans ses antécédents, on relève :

- tabagisme à deux paquets de cigarettes par jour ;
- photocoagulation par laser pour des condylomes acuminés vulvopérinéaux à l'âge de 18 ans ;
- grossesse normale, accouchement normal par voie basse, il y a dix ans ;
- salpingectomie gauche pour pyosalpinx, il y a huit ans ;
- salpingotomie droite par cœlioscopie pour grossesse extra-utérine droite, il y a deux ans.

L'examen clinique montre :

- température à 38,2 °C ;
- abdomen souple mais sensible à droite ;
- au spéculum : pertes jaunâtres d'origine supracervicale ;
- TV : utérus mobile ;
- cul-de-sac vaginal droit très douloureux, pas de masse latéro-utérine perçue.

Questions

QUESTION N° 1

Quel moyen contraceptif, parmi les suivants, aurait pu être prescrit idéalement chez cette patiente : un œstroprogestatif, un stérilet, des microprogestatifs? Argumentez.

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

Quels diagnostics évoquez-vous en priorité devant ce tableau clinique?

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

Quelle stratégie diagnostique mettez-vous en œuvre pour confirmer ou éliminer les différentes hypothèses évoquées à la question précédente?

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

Quel traitement débutez-vous rapidement? Quelle place accordez-vous à la cœlioscopie chez cette patiente?

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

Un mois plus tard, vous revoyez votre patiente qui se porte bien. Quels examens réalisezvous?

Afficher la réponse

QUESTION N° 6

Quels sont les risques évolutifs de cette affection?

Afficher la réponse

QUESTION N° 7

Lors de salpingectomie bilatérale, quelle solution proposerez-vous à cette patiente en cas de désir de grossesse et quels en sont les principes?

Afficher la réponse

Retour au début

Réponses

QUESTION N° 1	**10*points***
Œ stroprogestatifs : contre-indiqués (CI)	2
car tabagisme important (proposer une aide au sevrage), quelle que soit la voie d'administration	
DIU : contre-indiqué car antécédents de GEU et de pyosalpinx,	2
y compris pour le DIU à base de progestatifs car salpingectomie (risque	

infectieux < au DIU cuivré car glaire cervicale épaissie) Microprogestatifs:	
• contre-indication absolue pour les microprogestatifs classiques car les progestatifs à petite dose diminuent la motilité ciliaire et augmentent le risque de GEU	2
• contre-indication relative pour Cerazette® et Implanon® qui bloquent l'ovulation (car imprégnation progestative plus continue) Donc, idéalement, aucun des trois. On peut aussi envisager:	
• des progestatifs normodosés (hors AMM)	2
• une contraception mécanique	2
QUESTION N° 2	**10*points***
Salpingite aiguë droite : diagnostic le plus probable car antécédents et tableau clinique évocateur	5
Appendicite aiguë iliaque devant la localisation en FID (les localisations pelviennes peuvent entraîner des pertes sales)	2
GEU : toujours y penser (en pratique et pour l'ECN !)	1
Infection urinaire	1
Kyste ovarien compliqué (rupture, hémorragie)	1
Fibrome compliqué (nécrobiose, torsion) : peu probable d'après TV et dans ce contexte	
QUESTION N° 3	**20*points***
Bilan biologique:	
• β-HCG plasmatiques (éliminent GEU si négatives)	2
• NFP	1
• CRP	1
• hémocultures (si température ≥ 38,5 °C)	1
• BU ± Ecbu (si négatifs, éliminent le plus souvent l'IU)	
• prélèvement vaginal, endocol ± urétral et anal:	
- bactériologie standard	1
- gonocoque, *Chlamydia,* mycoplasme (milieux de culture spécifiques)	1
• pour certains, prélèvement endométrial (toujours envoyer un DIU en culture si présent)	
• éventuellement, sérologie pour mycoplasme et *Chlamydia* (diagnostic *a posteriori* si élévation significative du titre)	1
• bilan préopératoire (groupage et coagulation)	1
Échographie abdominale : peut éliminer une appendicite aiguë (et montrer des signes d'infection tubaire)	1
Échographie endovaginale systématique:	3

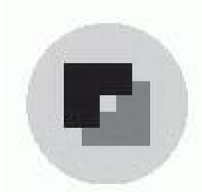
• souvent normale 1

• parfois trompes épaissies 1

• parfois épanchement péritonéal 1

• recherche des signes de complications : pyosalpinx ou abcès ovarien (image hétérogène latéro-utérine) 3

• permet le diagnostic différentiel : élimine les autres causes gynécologiques 1



En cas d'infection sur stérilet avec syndrome pseudotumoral, penser à évoquer une actinomycose +++. Les cas de TSS staphylococciques sont exceptionnels mais décrits (un seul cas en dehors de la période menstruelle).

QUESTION N° 4 **15*points***

Traitement à débuter rapidement

Salpingite aiguë droite probable:

• hospitalisation (systématique pour l'internat)

• biantibiothérapie 3

- probabiliste active (pour un d'entre eux) sur les germes à développement intracellulaire et assimilés : intracellulaire pour *Chlamydia,* surfacique pour *Mycoplasma*

- par exemple : Oflocet® (FQ), 400 mg/j, ou Vibramycine® (TC), 200 mg/j, en 2 fois

- et Augmentin®, 3 g/j, par voie IV (relais *per os* après 48 heures d'apyrexie)

• antalgiques (rang 1), spasmolytiques 1

• vessie de glace

• pas de blocage de l'ovulation nécessaire (but théorique controversé : inhiber l'ovulation qui ouvre l'ovaire en milieu septique et diminuer ainsi les abcès ovariens)

• éventuellement, AIS ou AINS

• traitement de 14 jours (actuellement, en fonction de l'évolution), voire 21 jours 1

• traitement du ou des partenaires 1

Place de la cœlioscopie

La cœlioscopie n'est pas systématique, sauf si: 1

• défense 1

• complication (pyosalpinx) 1

• ou doute diagnostique 1

- dans ce cas, l'indication doit être posée (au moins à distance), car il n'existe plus qu'une trompe: 2
- intérêt diagnostique (positif et différentiel) 1
- thérapeutique 1
- et pronostique: 1
    - trompes érythémateuses, pus issu du pavillon, exsudat fibrineux, adhérences = pyosalpinx
    - vérifier systématiquement : appendice vermiculaire, syndrome périhépatique de Fitz-Hugh-Curtis
    - prélèvements à visée bactériologique
    - toilette péritonéale systématique



Des dépôts gélatineux, visqueux, évoquent une infection à Chlamydia (diagnostic différentiel Mie gélatineuse).

Si gonococcie : déclaration obligatoire.

QUESTION N° 5 **10*points***

Examen clinique gynécologique (douleurs, hydrorrhées ++ : dans ce contexte, évoquer un hydrosalpinx)	2
FCV (antécédents)	3
Nouveaux prélèvements locaux	
Examen général à la recherche de signe de MST	1
Sérologies des hépatites virales, VIH ± syphilis (TPHA-VDRL)	3
Traitement du ou des partenaires	1

QUESTION N° 6 **18*points***

Risques infectieux:	1
• pyosalpinx	1
• abcès ovarien	1
• phlegmon du ligament large	1
• abcès du Douglas	1
• péritonite	1
• choc septique	1
Séquelles:	1
• stérilité tubaire avec ou sans hydrosalpinx (hydrorrhées)	3
• GEU (β-HCG dès retard de règles et CS si +)	2

• algies pelviennes chroniques, syndrome adhérentiel 1

• syndrome de Fitz-Hugh-Curtis (périhépatite : parfois douloureuse, pas d'atteinte hépatocytaire, donc pas de cytolyse) 1

Risques généraux: 1

• décès (choc septique)

• syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter (syndrome oculo-urétrosynovial) 1

• et rhumatismes associés : spondylarthrite ankylosante (= pelvispondylite rhumatismale) 1

QUESTION N° 7 ***17points***

Fécondation *in vivo* impossible, donc fécondation *in vitro* avec transfert d'embryon *in utero :* 5

• hors contre-indication, on pratique une hyperstimulation ovarienne, 2

• afin de recueillir plusieurs ovocytes, 1

• par FSH (recombinante généralement), seule ou associée à d'autres molécules, avec un monitorage régulier de la réponse ovarienne

• blocage de l'ovulation spontanée, par:

- un agoniste (protocole long : une phase de désensibilisation ovarienne précède alors la stimulation ovarienne) 2

- ou un antagoniste (protocole court) de la LH-RH lors de la stimulation

• « déclenchement de l'ovulation », lorsque la réponse ovarienne est jugée satisfaisante, par HCG (activité LH), qui a pour but de faire mûrir les ovocytes 2

• recueil des ovocytes par ponction avant l'ovulation induite (34-35 heures avant) 1

• fécondation *in vitro* (par ICSI si caractéristiques spermatiques insuffisantes)… 1

• culture des embryons 1

• transfert des embryons à 48 heures au plus tôt (congélation des embryons surnuméraires) 1

• soutien de l'implantation (progestérone, HCG) 1



RÉFÉRENCES

Magnin G. Acute Salpingitis. Rev Prat 2002 ; 52 : 1763-7 [review].

Panel P, Madelenat P. Laparoscopy and Salpingitis. For Whom? When? How? Contracept Fertil Sex 1997 ; 25 : 576-81.

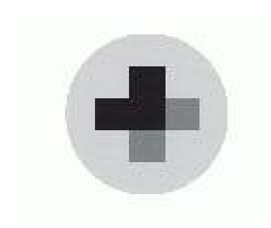
 OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

N° 27 : Contraception.

N° 30 : Assistance médicale à la procréation : principaux aspects biologiques, médicaux et éthiques.

N° 88 : Infections génitales de la femme. Leucorrhées.

N° 195 : Douleurs abdominales et lombaires aiguës chez l'enfant et chez l'adulte.

 DIFFICULTÉ

3/3

Retour au début

Cas Clinique N° 12

Mme G., 28 ans, se présente aux urgences pour des douleurs hypogastriques droites évoluant depuis deux jours.

Ses antécédents sont les suivants :

- péritonite appendiculaire il y a dix ans ;
- salpingite traitée par antibiotiques quatre ans auparavant ;
- il y a un an : grossesse de déroulement normal, avec accouchement normal à 39 semaines d'aménorrhée d'un garçon de 3 250 g ; en suites de couches, thrombose veineuse surale ;
- tabagisme à un paquet de cigarettes par jour.

La patiente assure actuellement sa contraception par Microval®, microprogestatif, et ses dernières règles, d'aspect un peu inhabituel, remontent à dix jours.

Sa taille est de 1,65 m, son poids de 55 kg, son groupe sanguin est O-, Kell +.

Questions

QUESTION N° 1

Justifiez en quelques mots la contraception de cette patiente.

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

À l'examen clinique, sa tension artérielle est de 120/65 mmHg, son pouls à 80 bpm, sa température à 37,2 oC. L'abdomen est souple mais un peu sensible en fosse iliaque droite. Au spéculum, le col est d'aspect normal, sans métrorragies ni pertes sales. Au toucher vaginal, le col est fermé, l'utérus est mou, de taille normale ; le cul-de-sac vaginal droit est un peu sensible, mais libre. À la bandelette urinaire, pas de leucocytes, pas de nitrites. Le test urinaire de grossesse effectué par la patiente il y a trois jours s'est avéré négatif. Quel examen biologique sanguin demandez-vous en priorité chez cette patiente? Argumentez.

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

Quel diagnostic suspectez-vous en priorité et pourquoi?

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

Vous pratiquez une échographie pelvienne pour confirmer votre diagnostic. Comment la réalisez-vous et qu'en attendez-vous?

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

Votre diagnostic est confirmé échographiquement dans sa localisation anatomique la plus fréquente. Quelle est cette localisation et quelle prise en charge proposez-vous?

Afficher la réponse

QUESTION N° 6

Quelles mesures spécifiques entreprenez-vous chez cette patiente par la suite?

Afficher la réponse

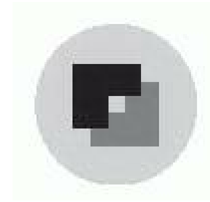
Retour au début

Réponses

QUESTION N° 1	**10*points***
La patiente est sous microprogestatifs (Microval®, lévonorgestrel):	
• le tabagisme contre-indique formellement l'utilisation des œstroprogestatifs,	2
• quel que soit le mode d'administration (voie entérale, transdermique ou vaginale)	
• la phlébite surale contre-indique formellement les œstroprogestatifs	2
• et les progestatifs normodosés	
• contre-indication relative à la pose d'un dispositif intra-utérin (stérilet) à base de progestatifs (Mirena®)	2
• les antécédents de salpingite interdisent l'utilisation de stérilets cupriques:	2
• les DIU à base de progestatifs diminuent le risque d'infection rétrograde par rapport aux stérilets au cuivre en épaississant la glaire cervicale (contreindication relative)	
Les microprogestatifs ne sont pas contre-indiqués chez cette patiente,	1
mais Microval® augmente le risque de grossesse extra-utérine (GEU), chez une patiente qui présente d'autres facteurs de risque de GEU (salpingite,	

tabagisme, péritonite pelvienne)

Autres possibilités : contraception mécanique (préservatif, diaphragme) ou microprogestatifs bloquant mieux l'ovulation (Cerazette®) 1



Les progestatifs à faible concentration diminuent la motilité des cils tubaires, ce qui n'est pas le cas des progestatifs normodosés. Les progestatifs microdosés classiques (Microval®, Milligynon®) ne bloquent pas EFFICACEMENT l'ovulation et sont d'une efficacité contraceptive inférieure aux œstroprogestatifs. Les microprogestatifs récents (Cerazette® per os, Implanon® en implant sous-cutané) bloquent l'ovulation et sont plus efficaces. Cette efficacité permet de minimiser le risque de GEU.

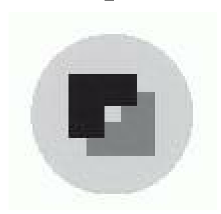
QUESTION N° 2 **10*points***

En urgence, dosage quantitatif des β-HCG plasmatiques: 8

• pour éliminer une grossesse méconnue, un risque de GEU (risque vital)

• risque de faux négatifs (comme pour tous les tests): 2

- erreur d'interprétation ou de manipulation (ne pas faire confiance !)
- polyurie
- infection urinaire
- taux de β-HCG inférieur au seuil (généralement 25 UI/L)
- test périmé ou non-respect des paramètres de conservation



En cas de GIU évolutive, la concentration des β-HCG plasmatiques double toutes les 40 heures environ ; en pratique, on dit qu'elle double toutes les 48 heures. Les β-HCG augmentent moins vite en cas de GEU (elles peuvent stagner ou diminuer lentement).

QUESTION N° 3 **16*points***

On suspecte une GEU, car: 10

• risque vital (à éliminer en priorité) : urgence 1

• facteurs de risque de GEU présents:

- antécédents de salpingite 1
- et de pelvipéritonite 1
- Microval® 1
- tabagisme 1

• tableau clinique suspect: 1

- douleurs hypogastriques
- aspect inhabituel des règles
- cul-de-sac vaginal droit douloureux

QUESTION N° 4 **14*points***

Échographie pelvienne:

• par voie vaginale 4

• vessie vide 1

complétée par voie abdominale en cas de doute sur un diagnostic (appendicite aiguë) ou pour quantifier un épanchement intrapéritonéal:

• signe direct : sac gestationnel extra-utérin certain (vésicule vitelline ou embryon visualisé) 2

• signes indirects:

- vacuité utérine 3
- masse latéro-utérine (hématosalpinx, suspicion de sac gestationnel extrautérin) 2
- épanchement dans le cul-de-sac de Douglas 2

Un sac intra-utérin doit être observé en cas de β-HCG > 1 000 UI/L. À savoir :

• *l'épaisseur de l'endomètre est un signe peu fiable ;*

• *attention au pseudo-sac intra-utérin : pas de couronne hyperéchogène périphérique, pas de vésicule vitelline ni d'embryon, localisation entre les couches d'adossement de l'endomètre ;*

• *le corps gestatif (évolution gravidique du corps jaune) peut en imposer pour une GEU (image hypoéchogène arrondie, vascularisation périphérique) ovarienne ou fimbriale ;*

• *la GEU tubo-ovarienne est plus fréquemment localisée du côoté du corps gestatif.*

QUESTION N° 5 **40*points***

Localisation

La localisation la plus fréquente des GEU est ampullaire (ampoule tubaire) : deux tiers des cas 5

Prise en charge

Hospitalisation en urgence en gynécologie 1

Bilan préopératoire:

• groupage érythrocytaire (ABO, Rh, Kell) 1

• recherche d'anticorps irréguliers 1

• NFP 1

• bilan de coagulation	1
Consultation d'anesthésie	1
Patiente à jeun	1
Voie d'abord veineuse de bon calibre	2
Traitement chirurgical:	5
• par voie cœlioscopique	5
• après information de la patiente des risques, notamment:	
- de salpingectomie	1
- et de laparoconversion	1
• à visée diagnostique:	1
confirme la GEU, son siège exact, recherche une cause (adhérences postchirurgie, endométriose)	
• à visée thérapeutique:	1
- traitement conservateur si possible = salpingotomie tubaire	5
- aspiration de la GEU, hémostase, toilette péritonéale, envoi en anatomopathologie de la pièce opératoire	
- si lésion tubaire trop importante ou hémostase non satisfaisante, traitement radical : salpingectomie	1
• à visée pronostique:	1
en vue des grossesses ultérieures, aspect de la trompe controlatérale et perméabilité, adhérence	
Gammaglobulines spécifiques anti-D (Rhophylac® 200 µg, IV ou IM), puisque la patiente est rhésus négatif	5



La cœlioscopie élimine une GEU controlatérale. Attention, en cas de GIU associée (rare spontanément : 1/10 000 à 1/30 000 grossesses ; y penser en cas de stimulation ovarienne surtout) ou de doute GIU versus GEU, à ne pas compromettre la vitalité de la GIU en mettant en place un tuteur intra-utérin lors de la cœlioscopie.

QUESTION N° 6 **10*points***

Surveillance postopératoire:	
• dosage quantitatif des β-HCG jusqu'à négativation complète	5
• numération globulaire (± échographie en cas de déglobulisation)	1
• surveillance clinique	1

Proposer une contraception bloquant l'ovulation

Prévenir des risques:

• de récidive:	1
consulter en cas de retard de règles ou de signe de GEU	
• et de stérilité tubaire	1
Sevrage tabagique	1

Un traitement médical par injection IM de méthotrexate (1 mg/kg) est possible en cas de décroissance insuffisante des β-HCG après traitement conservateur. En première intention, l'utilisation est possible sous certaines conditions (recommandations du Collège français de gynécologie obstétrique) :

- *accord éclairé de la patiente pour la mise en œuvre du traitement et de sa surveillance ;*
- *patiente avertie des effets secondaires du traitement et du risque d'échec (80 à 90%) ;*
- *patiente demeurant près de l'hôpital ;*
- *HCG < 1 000 UI/L (voire < 5 000 UI/L) ;*
- *GEU paucisymptomatique ;*
- *GEU non visible en échographie (ou hématosalpinx de moins de 4 cm) ;*
- *pas de contre-indication au traitement par méthotrexate.*



RÉFÉRENCES

Murray H, Baakdah H, Bardell T, Tulandi T. Diagnosis and Treatment of Ectopic Pregnancy. CMAJ 2005; 173 : 905-12.

Farquhar CM. Ectopic Pregnancy. Lancet 2005; 366 : 583-91.

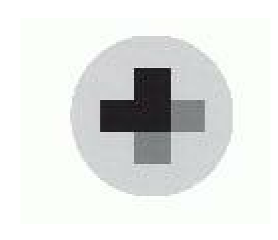


OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

N° 18 : Grossesse extra-utérine.

N° 27 : Contraception.

N° 195 : Douleurs abdominales et lombaires aiguës chez l'enfant et chez l'adulte.

 DIFFICULTÉ

3/3

Retour au début

Cas Clinique N° 13

Mme M. se présente à votre consultation, envoyée par son médecin traitant pour un avis.

Cette patiente, primipare de 34 ans, vient d'être vaccinée par son médecin traitant, en vue d'une grossesse ultérieure, contre la rubéole (Rudivax® : une injection il y a trois jours) alors que celle-ci était enceinte de cinq semaines d'aménorrhée.

Mme M. présente habituellement des cycles très irréguliers et son médecin a pris ses derniers saignements pour des règles.

Questions

QUESTION N° 1

Quelles sont les règles de la vaccination antirubéoleuse?

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

L'interruption de grossesse vous paraît-elle licite dans ce cas? Argumentez.

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

La patiente n'a pas interrompu sa grossesse. Vous apprenez en l'interrogeant qu'elle est sujette à des poussées d'herpès génital ; sa sérologie vis-à-vis de la toxoplasmose est négative (IgM = 0; IgG = 0). Quels conseils lui donnez-vous et quelles mesures prophylactiques engagez-vous par rapport à sa grossesse?

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

À 20 semaines d'aménorrhée, la sérologie vis-à-vis du toxoplasme révèle des IgG à 60 et des IgM positives. Quel est votre diagnostic? Comment évoluent au cours de la grossesse les risques de transmission maternofœtale et de gravité de l'atteinte fœtale? Comment affirmer le diagnostic en l'absence de sérologie antérieure?

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

Quels sont les risques principaux pour le fœtus à ce terme de la grossesse?

Afficher la réponse

QUESTION N° 6

Quels sont les principes de votre prise en charge diagnostique et thérapeutique?

Afficher la réponse

Retour au début

Réponses

QUESTION N° 1	**10*points***
Contraception depuis au moins un mois : en l'absence de grossesse (β-HCG)	3
Poursuivre la contraception pendant au moins 2 mois	2
Vérifier l'efficacité de la vaccination et revacciner en l'absence d'immunisation (taux d'anticorps trop faible). Au maximum trois injections	3
Absence de contre-indication au vaccin (grossesse, immunodépression non gravidique, injection récente de gammaglobulines, allergie à la néomycine utilisée pour la préparation du vaccin)	2
QUESTION N° 2	**20*points***
Le vaccin est composé d'un virus vivant atténué	5
Néanmoins, aucun syndrome de rubéole congénitale n'a été rapporté chez les nouveau-nés de mères vaccinées accidentellement pendant la grossesse	5
À ce terme très précoce de la grossesse, en cas d'infection : risque de fausse couche spontanée (« loi du tout ou rien »)	5
On préconise une surveillance échographique par un médecin « référent » en rassurant la patiente (but : éviter l'IVG vers laquelle la patiente pourrait s'orienter spontanément)	5
QUESTION N° 3	**15*points***
Éducation de la patiente:	1
• règles hygiénodiététiques:	7
- éviter tout contact avec les chats	
- laver soigneusement les légumes et les fruits. Préférer les légumes cuits. Éviter les crudités	
- se laver soigneusement les mains avant de passer à table ou après manipulation de terre (jardinage)	
- ne pas manger de viande crue ou saignante (attention à la charcuterie non	

cuite) : cuire la viande (*Toxoplasma gondii* est également détruit par la congélation)

- porter des gants en cas de manipulation de produit à risque

• surveillance sérologique une fois par mois dans le même laboratoire 7

QUESTION N° 4 **20*points***

Diagnostic : probable séroconversion toxoplasmique récente 5

Le risque de transmission augmente avec l'âge gestationnel alors que la gravité de l'atteinte fœtale diminue 5

Le risque de transmission fœtale au 2e trimestre est de 30% environ 5

En l'absence de sérologie antérieure:

• sérologie sur les prélèvements antérieurs conservés au laboratoire en début de grossesse 2

• étude de la cinétique des marqueurs (évolution du taux d'anticorps sur un prélèvement pratiqué 3 semaines plus tard) 2

• étude de l'avidité des anticorps (laboratoire spécialisé) 1

Au premier trimestre, le risque de transmission est de 10% environ, de 30% au deuxième trimestre, de 60% au troisième trimestre et de 90% à terme. Il est proportionnel au flux vasculaire placentaire.

QUESTION N° 5 **15*points***

Fausse couche spontanée, prématurité 1

Mort fœtale *in utero* 2

Lésions cérébrales avec troubles psychomoteurs, déficits sensoriels et convulsions à la naissance : hydrocéphalie, calcifications cérébrales 5

Épanchement séreux 3

Hépatosplénomégalie et troubles hématologiques 2

Choriorétinites (non visibles en échographie) 2

QUESTION N° 6 **20*points***

Recherche d'une infection fœtale:

actuellement, amniocentèse surtout (délai minimal de 4 semaines après le diagnostic de séroconversion), avec: 3

• recherche du génome parasitaire par PCR 2

• inoculation à la souris 2

• éventuellement, recherche d'anticorps spécifiques dans le liquide

amniotique

Échographie mensuelle à la recherche de lésions fœtales (fœtopathie) 3

Pas d'IRM cérébrale systématique si échographie normale

Traitement:

• en l'absence d'infection fœtale prouvée : Rovamycine® (spiramycine), 3 millions d'unités 3 fois/j jusqu'à l'accouchement 3

• en cas d'infection fœtale (amniocentèse positive) = renforcement thérapeutique: 2

- Malocide® (pyriméthamine) : 1 cp/j (50 mg/cp)
- Adiazine® (sulfadiazine) : 6 cp/j en 3 fois (500 mg/cp)
- Lederfoline® (acide folinique) : 2 cp toutes les semaines (25 mg/cp) car antifoliques
- diurèse alcaline

On peut remplacer Malocide® et Adiazine® par Fansidar® (pyriméthamine et sulfadoxine) : 1 cp/20 kg/10 j

Surveillance : NFP mensuelle, protéinurie hebdomadaire

Dans tous les cas, sérologie toxoplasmique chez le nouveau-né à J3 postnatal, voire sur sang de cordon (prélèvement sur sang de cordon non consensuel) 2

Bilan systématique chez l'enfant à la naissance en cas de séroconversion: 1

• examen clinique
• fond d'œil +++ 1
• radiographie du crâne
• échographie transfontanellaire (± scanner cérébral)
• ponction lombaire : pas d'intérêt diagnostique prouvé (non systématique)
• anatomopathologie du placenta

En cas de fœtopathie (anomalie échographique) : proposer une interruption de grossesse pour motif médical 1

Le jour de l'accouchement, vérifiez l'absence de lésion herpétique et réalisez systématiquement un prélèvement vaginal à la recherche du virus.



RÉFÉRENCES

Réseau Aurore (protocoles validés). Rudigoz RC. www.auroreperinat.org

Montoya JG, Rosso F. Diagnosis and Management of Toxoplasmosis. Clin Perinatol 2005; 32 : 705-26.

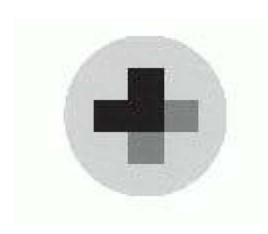

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

N° 16 : Grossesse normale. Besoins nutritionnels d'une femme enceinte.

N° 20 : Prévention des risques fœtaux : infection, médicaments, toxiques, irradiation.

N° 23 : Évaluation et soins du nouveau-né à terme.

N° 28 : Interruption volontaire de grossesse.


DIFFICULTÉ

3/3

Retour au début

Cas Clinique N° 14

Mme B., troisième geste, second pare, âgée de 39 ans, infirmière au service d'accueil des urgences, consulte au terme de 29 semaines et trois jours d'aménorrhée (SA) pour une fièvre à 38,6 °C associée à des douleurs lombaires intermittentes.

Antécédents médicaux et chirurgicaux : néant.

Antécédents gynécologiques et obstétricaux :

- première grossesse : expulsion spontanée et rapide à 21 SA d'un enfant rapidement décédé;
- deuxième grossesse : fausse couche à 10 SA curetée à deux reprises.

La grossesse actuelle s'est déroulée normalement jusqu'à ce jour et la patiente ne présente pas d'antécédents particuliers non obstétricaux, mis à part un tabagisme persistant à dix cigarettes par jour :

- premier trimestre : échographie normale. Grossesse unique évolutive d'âge gestationnel correspondant ;
- risque combiné de trisomie 21 à 1/988.

À l'examen clinique : hauteur utérine à 33 cm avec un col postérieur court et mou dilaté à deux doigts à l'orifice interne, très sollicité par le pôole cephalique fœtal. La poche des eaux est tendue.

Les mouvements fœtaux sont bien perçcus, les bruits du cœur sont présents, pas de perte de liquide ni de sang.

Un cardiotocogramme est réalisé : le rythme cardiaque fœtal est un peu rapide, mais normal.

Il existe des contractions utérines peu intenses, mais régulières. La tension artérielle est à 120/80 mmHg avec un pouls à 92 bpm. On note quelques œdèmes des membres inférieurs et une prise de poids harmonieuse de 6 kg.

Questions

QUESTION N° 1

Quelle est la définition de l'« accouchement prématuré »?

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

Quels sont, chez cette patiente, les facteurs de risque d'accouchement prématuré? Quelles mesures préventives spécifiques du fait de ses antécédents auraient dû être prises?

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

Que pensez-vous de la hauteur utérine de cette patiente? Quelles sont les étiologies à évoquer dans cette situation?

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

Quelle décision prendre immédiatement et pourquoi?

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

Quels examens paracliniques pratiquez-vous dans l'immédiat?

Afficher la réponse

QUESTION N° 6

Quel traitement symptomatique mettez-vous en route si le bilan initial est normal?

Afficher la réponse

QUESTION N° 7

Quel traitement antibiotique instaurez-vous après que des prélèvements bactériologiques ont été faits, si la bandelette urinaire met en évidence :

- des leucocytes +++ et des nitrites +++;
- des leucocytes + et des nitrites -?

Justifiez.

Afficher la réponse

QUESTION N° 8

Quel traitement préventif permet de diminuer la morbidité néonatale liée à la prématurité? Quels en sont les bénéfices précoces chez le prématuré?

Afficher la réponse

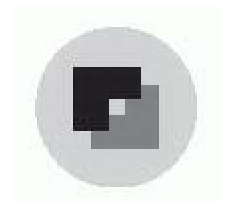
Retour au début

Réponses

QUESTION N° 1	**10*points***
Accouchement prématuré:	
• accouchement survenant avant 37 semaines d'aménorrhée (SA)	5
• accouchement survenant entre 22 SA (180 jours de grossesse) et 36 SA et 6 jours (avant 37 SA)	5
QUESTION N° 2	**10*points***
Facteurs maternels:	
• généraux:	
- fièvre (quelle qu'en soit la cause, elle favorise les contractions)	1
- tabagisme	1
- activité professionnelle (infirmière)	1
• locaux:	
- possible béance cervico-isthmique (fausse couche tardive lors de la première grossesse)	1
- possible synéchie utérine (curetages itératifs)	1
Facteurs ovulaires : distension utérine (hauteur utérine trop élevée pour le terme)	1
Mesures préventives:	
• recherche d'une béance cervico-isthmique après la fausse couche tardive (par un calibrage du col jusqu'à la bougie de Hégar n° 8, voire hystérographie)	1
• cerclage cervical utérin vers 14 SA	1
• arrêt de travail et repos à domicile	1
• sevrage tabagique	1
QUESTION N° 3	**10*points***
Hauteur utérine excessive pour le terme:	3
• la distension utérine favorise la menace d'accouchement prématuré	1
• chez cette patiente, la hauteur utérine est minorée par le fait que le fœtus est certainement déjà un peu descendu dans le pelvis (col sollicité)	1
• la poche des eaux est tendue, témoignant d'une hyperpression intra-utérine (excès de liquide amniotique ou contractions)	

Causes de hauteur utérine augmentée:

• erreur de terme (à évoquer systématiquement : recalculer le terme)	1
• grossesse multiple	1
• macrosomie	1
• hydramnios	1
• tumeur utérine (fibrome utérin +++)	1
• hématome rétroplacentaire (signe classique très rare en pratique)	
• tumeur fœtale	
• erreur de mesure ou mesure difficile : paroi abdominale épaissie (obésité)	



Hauteur utérine = nombre mois x 4 cm jusqu'au 7e mois, puis ajouter 2 cm/mois pour les 8e et 9e mois.

QUESTION N° 4 **10*points***

Hospitalisation immédiate, traitement de la menace d'accouchement prématuré 5	
Bilan d'hyperthermie	3
Bilan d'hydramnios	2

QUESTION N° 5 **20*points***

Bilan préthérapeutique:	5
• ECG	1
• ionogramme sanguin:	
- kaliémie +++	1
- calcémie, glycémie	1
Bilan étiologique:	5
• échographie obstétricale surtout à la recherche d'un hydramnios (vérifier présentation)	1
• BU ± Ecbu	2
• PV (recherche standard avec STB, recherche *Chlamydia* et mycoplasme, culture sur milieu de Sabouraud)	1
• CRP	1
• si fièvre : hémoculture et recherche spécifique de *Listeria monocytogenes,* recherche RPM	1
Bilan à visée pronostique:	
• échographie cervicale (peu d'intérêt si col ouvert)	

• fibronectine fœtale (en tant que marqueur du risque d'AP) 1

QUESTION N° 6 **20*points***

Hospitalisation en maternité niveau III 5

Repos au lit strict en période critique 5

En cas de contractions utérines:

• tocolyse par voie IV (hors contre-indications évidentes : SFA, pathologie maternelle gravidique sévère) 5

• tocolyse classique:

- par β-2-mimétiques hors contre-indications (cardiaques surtout, HTA non contrôlable, intolérance/grossesse gémellaire = CIR)

- ou antagonistes des récepteurs à l'ocytocine : atosiban (Tractocile®) en cas de grossesse gémellaire ou de contre-indications

• hors AMM, inhibiteurs des canaux calciques lents : nifédipine (Adalate®) ou nicardipine (Loxen®)

Traitement préventif des complications néonatales liées à la prématurité : corticothérapie par bétaméthasone (Célestène® chronodose 12 mg : 2 injections à 24 heures d'intervalle) sous couverture antibiotique du fait de la fièvre maternelle 5

Surveillance de la tolérance (cardiaque surtout) et de l'efficacité du traitement : *idem* bilan d'entrée



Même en l'absence de contractions utérines, il n'y a pas d'indication à pratiquer un cerclage cervical (aucun bénéfice démontré et risque de rupture des membranes).



En cas d'échappement à la tocolyse, de dilatation rapide sans anomalie du rythme cardiaque fœtal : laisser accoucher la patiente car présentation céphalique.

Une césarienne EST ENVISAGEABLE en cas de présentation du siège.

L'existence d'une infection ne contre-indique pas la corticothérapie en cure courte, visant à accélérer la maturation fœtale (sous couverture antibiotique).

QUESTION N° 7 **10*points***

Leucocytes +++ et nitrites +++:

• infection urinaire probable 3

• infection urinaire fébrile = pyélonéphrite aiguë jusqu'à preuve du contraire

(d'autant qu'il existe des douleurs lombaires) 1

• antibiothérapie ciblant les bacilles Gram négatif par voie intraveineuse : céphalosporine de 3e génération (pas de fluoroquinolones au cours de la grossesse), associée sur 48 heures à un aminoside (action synergique bactéricide) en attendant les résultats de l'antibiogramme 1

• par exemple : ceftriaxone (Rocéphine®), 1 à 2 g/24 h, + gentamicine (Gentalline®) : 3 mg/kg

Leucocytes + et nitrites -:

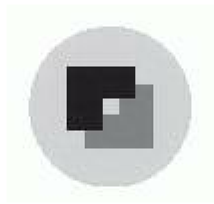
• *a priori* pas d'infection urinaire (ECBU systématiquement)

• antibiothérapie active sur la *Listeria :* amoxicilline (Clamoxyl®), 3 g/j, devant toute fièvre maternelle sans point d'appel 3

• en cas de listériose prouvée : passer à 6 g/j

• en cas doute, il est souhaitable de couvrir systématiquement la *Listeria,* qui est constitutionnellement résistante aux céphalosporines de 3e génération 1

• dans tous les cas : hémocultures systématiques (spécifier la recherche de *Listeria* monocytogenes) 1



L'utilisation des aminosides au cours de la grossesse est autorisée en cure courte en respectant les règles de prescription habituelles de cette famille d'antibiotiques.



Il existe une forte prévalence de bacilles Gram négatif ayant développé une résistance secondaire à l'amoxicilline, parfois même à l'association acide clavulaniqueamoxicilline (Augmentin®), surtout en cas d'infection nosocomiale. Traitement par Augmentin® (3 g/j) en cas d'infection communautaire.

Le tableau le plus caractéristique de la listériose est l'association syndrome méningé + rhombencéphalite (rare au cours de la grossesse).

QUESTION N° 8 **10*points***

Corticothérapie par bétaméthasone : par exemple, Célestène® chronodose, 12 mg en IM, deux injections espacées de 24 heures (= 1 cure ; 3 cures au maximum, espacées de 3 semaines en cas de persistance du risque) 5

À pratiquer jusqu'à 34 SA dans les situations à risque uniquement (limite inférieure plus controversée = seuil de viabilité : 24-25 SA?) 2

Bénéfices attendus:

• accélération de la maturation pulmonaire (pneumocytes de type II synthétisant le surfactant) : diminution du nombre de détresses respiratoires (maladie des membranes hyalines) et de leur gravité (OR : 0,51) 1

• diminution du risque d'hémorragie intraventriculaire (OR : 0,38) et de leucomalacie périventriculaire 1

• diminution du risque d'entérocolites ulcéronécrosantes (OR : 0,35) 1

• diminution des infections néonatales (OR : 0,83)

• diminution globale de la mortalité postnatale (OR : 0,6)

La dexaméthasone passe également la barrière placentaire mais pourrait favoriser les lésions de démyélinisation centrales (leucomalacie périventriculaire).

Les autres corticoïdes traversent moins facilement la barrière placentaire et n'ont jamais fait la preuve de leur efficacité dans cette indication (de plus, ils présentent à dose équivalente des effets métaboliques maternels plus marqués).



RÉFÉRENCES

Réseau Aurore (protocoles validés). Rudigoz RC. www.auroreperinat. org

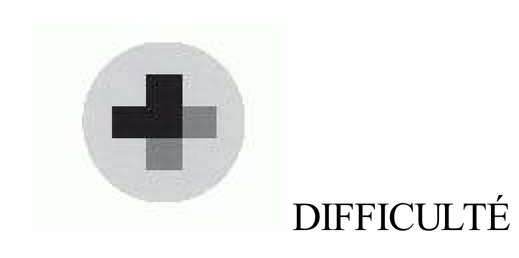
Textes complets et bibliographie rédigés par les experts du CNGOF. Menace d'accouchement prématuré. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2002 ; 31 (suppl 7).



OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

N° 17 : Principales complications de la grossesse.

N° 20 : Prévention des risques fœtaux : infection, médicaments, toxiques, irradiation.

 DIFFICULTÉ

3/3

Retour au début

Cas Clinique N° 15

Mme S., 32 ans, primigeste, consulte pour la visite du huitième mois à 33 semaines d'aménorrhée (SA). Elle ne présente pas d'antécédents particuliers et la grossesse s'est déroulée tout à fait normalement jusqu'à présent. Elle vous signale des céphalées évoluant depuis quatre jours.

À l'examen clinique, vous trouvez des œdèmes importants des membres inférieurs et une prise de poids de 5 kg depuis la dernière consultation.

Les mouvements fœtaux sont bien perçus et la patiente n'a pas de contractions utérines. Elle est apyrétique.

Au toucher vaginal, le col n'est pas sollicité et est mi-long, ouvert à la pulpe du doigt à l'orifice externe, pas de trace de sang sur le doigtier. La hauteur utérine est mesurée à 24 cm. Les bruits du cœur sont bien perçus.

La tension artérielle au repos est mesurée à 150/110 mmHg. L'examen de la bandelette urinaire ne montre pas d'infection urinaire mais une albuminurie +++.

Questions

QUESTION N° 1

Quel diagnostic évoquez-vous et pourquoi?

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

Quels sont les critères de gravité dans ce dossier s'il y en a? Quels sont-ils en général?

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

Que pensez-vous de la hauteur utérine? Quelles causes pouvez-vous évoquer?

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

Quels examens paracliniques et biologiques demandez-vous? Quels examens obstétricaux réalisez-vous et qu'en attendez-vous?

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

Quel traitement entreprenez-vous dans l'immédiat?

Afficher la réponse

QUESTION N° 6

Son bilan biologique est le suivant :

- uricémie : 420 µmol/L ;
- ASAT : 380 UI/L ;
- ALAT : 290 UI/L ;
- bilirubinémie normale ;
- NFP : GR à 3,8 téras/L, GB à 6 gigas/L, plaquettes à 95 gigas/L.

Quel est votre diagnostic? Comment affirmez-vous l'existence d'une éventuelle hémolyse? Quelle est votre conduite à tenir?

Afficher la réponse

QUESTION N° 7

Après la naissance (césarienne sous rachianesthésie), la patiente se plaint toujours de céphalées invalidantes au 5e jour, malgré :

- une tension artérielle normale sous clonidine (Catapressan®) ;
- un bilan biologique normalisé en dehors d'une anémie à 9,5 g/dL ;
- l'absence de syndrome infectieux et de syndrome méningé ;
- l'absence d'antécédents migraineux ;
- une IRM normale.

Elle vous signale que ces douleurs sont réapparues 24 heures après la naissance et sont majorées par l'orthostatisme. L'examen neurologique est normal. Quel diagnostic pouvez-vous évoquer dans ce contexte? Quel traitement entreprenez-vous dans un premier temps? Quel

traitement réalisez-vous si ces céphalées persistent?

Afficher la réponse

QUESTION N° 8

Quel traitement avez-vous débuté après l'accouchement pour inhiber la montée laiteuse en cas d'allaitement artificiel?

Afficher la réponse

Retour au début

Réponses

QUESTION N° 1	**10*points***
Probable prééclampsie (toxémie gravidique) ; appellation désuète : gestose = dysgravidie	2
Par définition, apparition après 20 SA:	
• d'une hypertension artérielle ≥ 140/90 mmHg (au moins 1 des 2 chiffres)	2
• associée à une protéinurie significative ≥ 0,3 g/24 h (+++ à la bandelette correspondent souvent à une albuminurie supérieure à 1 g/L)	2
Autres éléments du dossier en faveur du diagnostic:	
• terrain : primigeste, absence de pathologie hypertensive ou d'albuminurie lors des consultations précédentes	1
• examen clinique:	
- interrogatoire : céphalées	1
- signes physiques : œdèmes et prise de poids	1
- probable retard de croissance intra-utérine car hauteur utérine moins importante que ne le voudrait le terme de la grossesse	1



Chez l'adulte, la protéinurie physiologique n'excède pas 150 mg/24 h.

Au cours de la grossesse, la limite supérieure est de 300 mg/24 h.

En l'absence de protéinurie significative, on parle d'« hypertension artérielle gravidique ».

En l'absence d'HTA, on parle d'une protéinurie isolée (> 300 mg/24 h) = néphropathie gravidique).

Attention, il existe:

• des formes dissociées initialement ;

• *des HTA chroniques (connues avant la grossesse ou diagnostiquées avant 20 SA) qui peuvent se compliquer de prééclampsie (prééclampsie surajoutée).*

QUESTION N° 2	**15*points***
Critères de gravité:	
céphalées	2
• TA diastolique élevée (≥ 110 mmHg)	2
• probable retard de croissance intra-utérine ± oligoamnios (HU à 26 cm)	2
En général, les signes de gravité sont:	
signes d'œdème cérébral :	
- céphalées	1
- phosphènes, myodésopsies, acouphènes	1
- syndrome d'irritation des voies pyramidales (hyperréflexivité ostéotendineuse, signe de Babinski)	1
- œdème facial (palpébral en particulier) : doit faire craindre un œdème cérébral	1
• douleur épigastrique (isolée ou en rapport avec un *Hellp syndrom,* un hématome sous-capsulaire du foie, c'est-à-dire sous la capsule de Glisson)	1
• métrorragies ou arrêt des mouvements fœtaux (décollement du placenta, à suspecter devant tout saignement surtout en cas d'HTA, mort fœtale *in utero*)	1
• notion d'une perte de connaissance (éclampsie)	
• oligurie (insuffisance rénale)	1
• albuminurie supérieure à 3 g/24 h	1
• souffrance fœtale chronique (avec RCIU, oligoamnios ± anomalie du RCF)	1
• coagulopathie et syndrome hémorragique	
• éclampsie	
• pathologie cardiovasculaire surajoutée	
• comme pour toute pathologie d'origine gravidique : apparition précoce au cours de la grossesse	
QUESTION N° 3	**10*points***
Hauteur utérine insuffisante pour le terme	5
On évoque en priorité:	
• un retard de croissance intra-utérin	1
• un oligoamnios (probablement par insuffisance placentaire, mais éliminer systématiquement une rupture des membranes)	1
• une mort fœtale *in utero*	1
Toujours éliminer une erreur de terme	2
QUESTION N° 4	**15*points***

Biologie:

- numération-formule-plaquettes 2
- ionogramme sanguin avec urée, créatininémie et uricémie 1
- bilan hépatique (transaminases) 1
- protéinurie des 24 heures 1
- bilan de coagulation : TP, TCA, fibrinogène, PDF, D-dimères 1
- groupage sanguin 1

Autre : si HTA sévère, ECG*

Examens obstétricaux:

- échographie fœtale: 1
  - biométrie : estimation du poids fœtal (recherche d'un RCIU) 1
  - étude de la vitalité fœtale (score de Manning avec quantification du liquide amniotique) 1
- Doppler fœtoplacentaire:
  - Doppler ombilical (« Doppler placentaire »), à la recherche d'une élévation des index de résistances (IR) au niveau des artères ombilicales (mesure de 0 à 1 = diastole nulle ; stade ultime : *reverse flowsur* les artères ombilicales) 1
  - Doppler cérébral, uniquement si augmentation des résistances artérielles ombilicales : en cas de mise en jeu des systèmes de défense fœtale, on observe une diminution des résistances cérébrales par vasodilatation (diminution des IR). Lorsque les IR cérébraux sont moins élevés que les IR ombilicaux, on parle d'« inversion du rapport cérébroplacentaire ». Cette inversion reflète la redistribution des flux vasculaires vers les organes nobles en cas d'hypoperfusion fœtale (mise en jeu des systèmes de sauvegarde fœtaux) 1
  - Doppler du *ductus venosus* : une *onde a* négative sur le spectre Doppler du *ductus venosus* est un facteur de mauvais pronostic 1
  - aspect du placenta et recherche d'un décollement
- enregistrement cardiotocographique : évaluation du bien-être fœtal 2

* *Dans certains services, cette batterie de tests est improprement appelée « bilan vasculorénal » ou BVR.*

QUESTION N° 5 **15*points***

Hospitalisation en urgence en maternité de niveau II ou III 4

Repos 2

Traitement antihypertenseur par voie intraveineuse en mono-, voire bithérapie : Loxen® en première intention (alternatives : Catapressan®, Trandate®) 3

Diminution progressive de la tension artérielle : une diminution brutale de la tension artérielle expose au risque de souffrance fœtale aiguë en cas de résistances placentaires augmentées (hypoperfusion fœtale) 1

Corticothérapie anténatale préventive 3

Pour certains, sulfate de magnésium pour prévenir l'éclampsie (contreindication relative en association avec les inhibiteurs calciques) 1

Surveillance clinique, biologique et obstétricale (reposant sur les examens de la question précédente) 1



Comme dans toute hypertension artérielle sévère, il existe une hypovolémie relative. Le traitement ne repose pas sur les diurétiques en priorité.

Pas de régime désodé au cours de la grossesse pour maintenir la volémie et la perfusion fœtoplacentaire.

La corticothérapie n'est pas contre-indiquée en cas de prééclampsie (peu d'effets minéralocorticoïdes de la bétaméthasone).

En cas de doute dans un dossier d'internat, écrivez « corticothérapie après concertation multidisciplinaire » pour MONTRER que vous y avez pensé.

QUESTION N° 6 **15*points***

Il s'agit probablement d'un *Hellp syndrom* (de Sibaï)*: 5

• *hemolysis :* hémolyse 2

• enzyme *liver :* cytolyses hépatiques 2

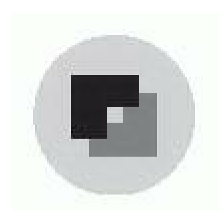
• *low platelets :* thrombopénie 1

L'hémolyse peut être affirmée sur : anémie ± marquée, augmentation des LDH, chute de l'haptoglobine, présence de schizocytes sur le frottis Conduite à tenir**:

• prévenir le service de réanimation

• vérifier le bilan de coagulation

• extraction fœtale *a priori* par césarienne si conditions locales ne permettent pas un accouchement très rapide, sous rachianesthésie de préférence (plaquettes > 80 gigas/L) 5



[*] Il existe des syndromes dissociés. [**] Risque accru d'intubation difficile au cours de la grossesse. Celui-ci est majoré par l'œdème lié à la prééclampsie qui intéresse souvent les voies aériennes supérieures.

QUESTION N° 7 **10*points***

Brèche méningée compliquée d'un syndrome d'hypotension intracrânienne, devant: 5

• la rachianesthésie

• des céphalées posturales (élément-clé)

• des examens cliniques et biologiques éliminant une autre cause (en particulier thrombophlébite cérébrale, méningite, tumeur cérébrale)

Le caractère postural de la douleur n'est pas en faveur d'une hémorragie méningée ni d'une migraine, mais plutôt d'une hypotension intracrânienne

Traitement initial:

• repos au lit 1

• antalgiques de niveau I puis II 1

• hyperhydratation 1

En cas de persistance des céphalées, proposer un *blood-patch :* 2

• il consiste à injecter 10 à 20 mL de sang autologue dans l'espace péridural (efficacité dans 70 à 80% des cas)

• principe : obturation de la brèche, effet de masse initial, réaction de vasoconstriction centrale

QUESTION N° 8 **10*points***

En cas d'hypertension artérielle, les inhibiteurs de la lactation classiques (agonistes dopaminergiques), la bromocriptine (Bromo-Kin®) et le lisuride (Arolac®) sont contre-indiqués: 5

• soit abstention (ou traitement homéopathique) avec bandage mammaire, diminution des apports hydriques, anti-inflammatoires locaux, préparation psychologique 3

• soit dihydroergocryptine, caféine (Vasobral®) : contre-indication relative car dérivés de l'ergot de seigle ! 2



RÉFÉRENCES

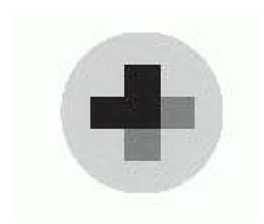
Réseau Aurore (protocoles validés). Rudigoz RC. www.auroreperinat.org

Société française d'anesthésie et de réanimation. Conférence d'experts. Réanimation des formes graves de prééclampsie. www.sfar.org/cexppreeclampsie.html

 OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

N° 17 : Principales complications de la grossesse.

N° 188 : Céphalée aiguë et chronique.

 DIFFICULTÉ

3/3

Retour au début

Cas Clinique N° 16

Mme D. se présente pour la première fois en consultation à 25 SA de sa première grossesse.

Antécédents médicaux et chirurgicaux : néant.

La grossesse actuelle s'est déroulée tout à fait normalement aux premier et deuxième trimestres.

Elle n'a pas d'antécédents particuliers et mesure 1,65 m pour un poids actuel de 58 kg (+ 7 kg).

Elle est immunisée contre la toxoplasmose mais pas contre la rubéole.

Son groupe sanguin est : A+, Kell +.

Une sérologie de l'hépatite B a été réalisée au quatrième mois de grossesse, dont les résultats sont :

- antigène HBs + ;
- anticorps anti-Hbc + (IgG +, IgM -), anticorps anti-Hbe +.

L'examen clinique est normal.

Questions

QUESTION N° 1

Quels sont les risques pour la grossesse, du fait du résultat de la sérologie de l'hépatite B, et comment les prévenir?

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

À 34 SA, Mme D. se plaint d'un prurit généralisé. À l'examen clinique, on ne trouve pas de lésion cutanée ni d'ictère ; il existe uniquement des lésions non spécifiques de grattage. Quel diagnostic devez-vous évoquer et pourquoi?

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

Comment évolue le bilan hépatique sérique standard au cours de la grossesse (transaminases, phosphatases alcalines, bilirubinémie, gamma-glutamyl-transférases)?

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

Comment confirmez-vous le diagnostic de la question n° 2 et quelle est votre conduite à tenir?

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

Quels sont les risques pour le fœtus et pour la mère?

Afficher la réponse

QUESTION N° 6

Quels sont les signes de gravité de l'affection?

Afficher la réponse

QUESTION N° 7

Quels sont les principes de la prise en charge de la maladie?

Afficher la réponse

QUESTION N° 8

Quelles mesures spécifiques et générales allez-vous prendre chez cette patiente en postpartum?

Afficher la réponse

Retour au début

Réponses

QUESTION N° 1	**20*points***
Antigénémie HBs positive, anticorps anti-Hbc positifs (IgG +, IgM -), anticorps anti-Hbe positifs : hépatite B en phase de convalescence probable (plus ou peu de réplication du virus sauvage : anticorps Hbe et anticorps anti-Hbc + IgG +, IgM -) voire hépatite B chronique	5

Seules la cinétique des anticorps, la virémie (recherche d'ADN viral en PCR), l'existence d'une cytolyse (voire la biopsie hépatique, non indiquée ici) pourront diagnostiquer avec certitude une hépatite B en cours de convalescence ou une hépatite B chronique. L'apparition d'anticorps anti-HBs signe la guérison	3
Dans tous les cas : pas de risque d'embryofœtopathie quelle que soit la date d'infection avec le virus de l'hépatite B; risque de transmission pré-partum très faible (virémie très importante : risque de transmission si amniocentèse)	2
Le risque principal est la transmission à la naissance (par voie hématogène ou par les sécrétions génitales) avec hépatite B aiguë puis chronique, et risque d'évolution vers la cirrhose précoce et le carcinome hépatocellulaire (pathogénie supérieure chez le nouveau-né par rapport à l'adulte)	5
Prévention néonatale par sérovaccination spécifique : urgence néonatale	4
Après sérovaccination, l'allaitement n'est pas contre-indiqué (en cas de virémie élevée, on préférera l'allaitement artificiel)	1



Dans ce cas clinique, la présence d'anticorps anti-Hbe expose à un risque quasiment nul de contamination per-partum.

QUESTION N° 2	**10*points***
On doit évoquer une cholestase gravidique devant tout prurit nu après 24 SA, car il s'agit d'une affection potentiellement grave pour le fœtus et, à un moindre degré, pour la mère	10

QUESTION N° 3	**10*points***
Transaminases : elles sont strictement normales au cours de la grossesse. Toute élévation reflète une pathologie	5
Phosphatases alcalines (PAL) : augmentent à partir de T2 surtout (PAL fœtales osseuses et hépatiques) mais surtout 3e isoforme placentaire. La 5'-nucléotidase est normale	2
Bilirubinémie : non modifiée	2
Gamma-glutamyl-transférases : normalement pas d'augmentation (une petite élévation est possible à T3)	1

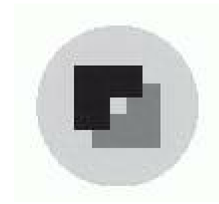
QUESTION N° 4	**10*points***
Dosage des acides biliaires à jeun:	5
• un taux > 10 µg/mL (associé à un prurit) fait le diagnostic	
• un taux < 10 µg/mL élimine le diagnostic	
Assez souvent, on observe une petite cytolyse hépatique (2-5 N) : ALAT	

surtout 2

Le plus souvent, la bilirubinémie est normale 1

La 5'-nucléotidase est inconstamment augmentée 1

En cas de cytolyse : bilan de cytolyse hépatique (standard + recherche des hépatopathies gravidiques) 1



En cas de cytolyse majeure, éliminer les autres causes de cytolyse hépatique gravidique (Hellp, stéatose hépatique aiguë gravidique ou Shag). La Shag est beaucoup plus grave pour la mère et impose une extraction fœtale en urgence. Elle est souvent associée initialement à des nausées-vomissements, à un syndrome polyuropolydipsique avec insuffisance rénale précoce, puis à une insuffisance hépatocellulaire avec troubles majeurs de la coagulation. Éliminer systématiquement les autres hépatopathies non spécifiques à la grossesse.

QUESTION N° 5 **10*points***

Risques fœtaux: 2

• hypoxie périnatale 1

• mort fœtale *in utero* (par toxicité des acides biliaires sur le tissu nodal myocardique fœtal) : dans les formes sévères 1

• prématurité 1

Risques maternels plus rares et moins graves: 2

• prurit invalidant 1

• ictère (élévation dans ce cas de la bilirubinémie) 1

• troubles de la coagulation : rares. Ils sont en rapport avec une diminution de la synthèse hépatique des facteurs de coagulation vitamine K-dépendants, du fait de la cholestase (vitamine K lipophile). Attention, l'administration de chélateurs des sels biliaires (Questran® : colestyramine) augmente l'élimination fécale des sels biliaires, mais majore la malabsorption de la vitamine K 1

QUESTION N° 6 **10*points***

Prurit majeur 1

Acides biliaires > 40 µg/mL 2

Cytolyse hépatique supérieure à 5 N 2

Ictère maternel (hyperbilirubinémie) 1

Troubles de la coagulation (diminution des facteurs vitamine K-dépendants) 1

Hépatopathie sous-jacente 1

Apparition précoce dans la grossesse 1

Anomalie du RCF	1
QUESTION N° 7	**10*points***
Traitement du prurit:	4
• action sur la toxicité des sels biliaires hépatotoxiques à l'origine du prurit : acide ursodésoxycholique (Delursan®) et/ou colestyramine (Questran®)	
• sédation par hydroxyzine (Atarax®)	
Vitamine K en préventif ou curatif par voie parentérale obligatoirement (attention, en cas de troubles de la coagulation, ne pas injecter en IM mais en IV !)	3
Surveillance régulière du RCF, à adapter en fonction du taux de sels biliaires	2
Extraction fœtale en cas d'anomalie du RCF ou d'aggravation des perturbations biologiques	1
QUESTION N° 8	**20*points***
Vérifier le groupe fœtal au sang du cordon. Si rhésus positif, injection de gammaglobulines anti-D	10
Surveiller l'évolution clinique et biologique de la cholestase. Si les symptômes persistent, remettez en cause le diagnostic	2
Avertir du risque de récidive en cas de nouvelle grossesse ou parfois lors des traitements œstroprogestatifs ou progestatifs purs (surveillance clinicobiologique)	1
Vaccination contre la rubéole	5
Suivi hépatologique (données récentes : risque accru d'hépatopathie par la suite?)	2
Vérifier l'absence de contamination néonatale par le virus de l'hépatite B	



RÉFÉRENCES

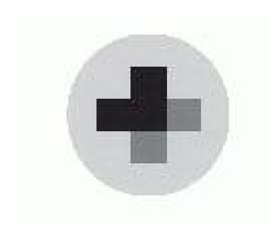
Réseau Aurore (protocoles validés). Rudigoz RC. www.auroreperinat.org

Ropponen A, Sund R, Riikonen S, Ylikorkala O, Aittomaki K. Intrahepatic Cholestasis of Pregnancy as an Indicator of Liver and Biliary Diseases : a Population-Based Study. Hepatology 2006; 43 : 723-8.

 OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

N° 16 : Grossesse normale. Besoins nutritionnels d'une femme enceinte.

N° 329 : Prurit (avec le traitement).

 DIFFICULTÉ

3/3

Retour au début

Cas Clinique N° 17

Mme G., 28 ans, vous consulte pour des « règles » trop abondantes. Effectivement, cette patiente d'origine martiniquaise se plaint de présenter des règles toutes les deux à trois semaines avec des saignements qui durent une semaine depuis quatre mois.

À l'interrogatoire, vous trouvez l'existence d'une drépanocytose à l'état hétérozygote et quatre fausses couches spontanées (trois précoces et une à 16 SA). Elle a arrêté sa contraception orale six mois auparavant puisqu'elle désire une grossesse.

La palpation abdominale trouve un abdomen souple, indolore, mais perçoit une masse sus-pubienne ferme remontant à 4 cm au-dessus du pubis.

L'examen au spéculum montre des saignements d'origine supracervicale. Le col est sans particularité et le frottis cervicovaginal réalisé un an auparavant était normal.

Le TV trouve un utérus volumineux très irrégulier semblant faire corps avec la masse sus-pubienne. Il trouve également une masse latéro-utérine gauche ferme et indolore de la taille d'une mandarine.

La patiente est apyrétique, la tension artérielle est à 10/6.

Une NFP vous est fournie :

- GR : 3 téras/L ;
- GB : 6 gigas/L ;
- plaquettes : 140 gigas/L ;
- Hb : 9,7 g/dL ;
- VGM : 78 fL ;
- la VS est à 25 mm à la première heure, la CRP < 5 mg/L.

Questions

QUESTION N° 1

Comment évolue généralement la VS chez les patientes drépanocytaires? Expliquez la VS chez cette patiente.

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

Quel est le diagnostic le plus probable? Comment qualifieriez-vous le trouble des règles présenté par cette patiente?

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

Quel(s) examen(s) demandez-vous pour confirmer votre diagnostic dans un premier temps?

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

Quels sont les principes des traitements préopératoires?

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

Quel traitement chirurgical pouvez-vous lui proposer?

Afficher la réponse

QUESTION N° 6

Après votre traitement chirurgical, vous revoyez votre patiente qui est enceinte de 8 SA. Malgré votre prise en charge, vous observez un fibrome interstitiel de 3 cm au niveau du fond utérin. Quels sont les risques liés à la persistance de fibromes en cas de grossesse?

Afficher la réponse

QUESTION N° 7

Quels sont les points particulièrement importants que vous devez considérer pour la grossesse de cette patiente?

Afficher la réponse

Retour au début

Réponses

QUESTION N° 1	**10*points***
Chez les patients porteurs d'hématies falciformes, la VS diminue	5

La drépanocytose à l'état hétérozygote déclenche peu de crises de falciformation (hémogramme et frottis sanguins normaux, pas de crise vasoocclusive) sauf dans les situations extrêmes (par exemple, haute altitude). On observe simplement des anomalies à l'électrophorèse de l'hémoglobine (HbA majoritaire et HBs = 30 à 40%)	3
L'accélération de la VS est certainement liée à l'anémie (pas de syndrome inflammatoire, CRP normale)	2
QUESTION N° 2	**10*points***
Utérus polyfibromateux (polyléiomyomateux) compliqué d'une anémie ferriprive, devant:	5
• le terrain : race noire (prévalence augmentée)	1
• les antécédents de fausses couches précoces et d'une fausse couche tardive	1
• les données de l'examen clinique (utérus augmenté de volume avec masses solidarisées)	1
• la symptomatologie : les troubles des règles compliqués d'une anémie ferriprive	1
• l'anémie microcytaire (probablement ferriprive)	
En l'absence d'individualisation des périodes menstruelles et de saignement entre les cycles, on parle de « ménométrorragies »	1
QUESTION N° 3	**10*points***
On pratique une échographie abdominopelvienne (à vessie pleine) car l'utérus paraît très augmenté de volume, puis une échographie endovaginale (vessie vide, généralement)	5
En l'absence de visualisation nette de la ligne de vacuité utérine, une échographie de contraste liquidien (= hystérosonographie : injection synchrone de sérum physiologique dans la cavité) permettra d'évaluer le retentissement intracavitaire des fibromes	1
Buts:	
• confirmer le diagnostic	
• évaluer le nombre, la taille et la topographie des fibromes	
• éliminer une complication (nécrobiose, compression des voies urinaires)	
• éliminer une tumeur ovarienne (diagnostic différentiel)	
On peut demander une ferritinémie pour évaluer la réserve en fer (anémie microcytaire)	2
Devant tout saignement chez une femme jeune, il faut demander un dosage de β-HCG (surtout en cas de masse latéro-utérine)	2
QUESTION N° 4	**10*points***
Correction première de l'anémie:	2

• anémie peu sévère (Hb = 9,7 g/dL), bien tolérée en dehors de l'asthénie 1

• donc supplémentation ferrique : 2 à 3 mg/kg environ. Par exemple, sulfate ferreux (Tardyféron®), 2 cp/j en 2 fois, 1/4 d'heure avant les repas jusqu'à correction de la ferritinémie (généralement 4 mois au minimum, NFP de contrôle à 1 mois) 1

Traitement étiologique initial, diminution de l'hyperœstrogénie relative locale (au niveau des fibromes): 2

• progestatifs : du 15e au 25e jour (non contraceptif) ou du 5e au 25e jour (contraceptif hors AMM) 1

• analogues de la LH-RH (permettent de diminuer le volume des fibromes de 50%) 1

En cas de saignements importants en urgence:

• hémostatiques : acide tranexamique (Exacyl®) *per os* ou en IV 1

• œstrogènes à haute dose (œstradiol 4 mg) : permet de stimuler la croissance de l'endomètre lésé 1

QUESTION N° 5 **20*points***

Traitement conservateur = polymyomectomie: 10

• par laparotomie en cas de fibromes volumineux multiples 4

• par voie cœlioscopique en cas de fibromes peu nombreux (1 à 3) et de taille < 8 cm d'emblée ou après traitement réducteur par analogues de la LH-RH 3

• par voie hystéroscopique en cas de fibrome sous-muqueux < 5 cm à développement intracavitaire majoritaire 3

QUESTION N° 6 **20*points***

Modification morphologique des fibromes:

• régression (exceptionnelle) 1

• augmentation de taille (c'est la règle !) 1

Complications:

• nécrobiose aseptique (pas de chirurgie, traitement antalgique, nécrobiose septique exceptionnelle en cours de grossesse) 5

• torsion (fibrome pédiculé, parfois traitement chirurgical) 1

• compression: 1

- urinaire (pollakiurie, rétention aiguë d'urine en cas de fibrome postérieur par bascule cervico-isthmique comprimant l'urètre en avant, hydronéphrose) 1
- digestive (constipation)
- veineuse
- nerveuse

• T1 : les fausses couches précoces sont peu augmentées (sauf si fibrome intracavitaire) mais plus hémorragiques, les fausses couches tardives sont plus 1

fréquentes

• T2 et T3, risques accrus de:

- MAP	1
- placenta *prævia*	
- retard de croissance intra-utérin	1
- anomalie de présentation	1
- compression et déformation fœtale	1
- DPPNI	

• accouchement:

- dystocie mécanique (gêne à la descente du mobile fœtal) et dynamique (contractions inefficaces)	2
- hémorragie de la délivrance	2
- post-partum : nécrobiose septique	1



Heureusement, dans la majorité des cas, l'association fibrome-grossesse n'entraîne aucune complication, ni pour l'un ni pour l'autre : « Fibromes et grossesse se tolèrent mutuellement » (Berger).

Attention, pas de myomectomie (sauf fibrome pédiculé compliqué) au cours de la grossesse, y compris en cours de césarienne, car il existe un risque majeur d'hémorragie.

QUESTION N° 7	**20*points***
Utérus cicatriciel (risque augmenté de rupture utérine)	5
Pratiquer une électrophorèse de l'hémoglobine paternelle afin d'éliminer une drépanocytose hétérozygote	5
Repos et arrêt de travail précoce si nécessaire	5
Cerclage cervical si béance cervico-isthmique (fausse couche tardive) envisageable	5



RÉFÉRENCE

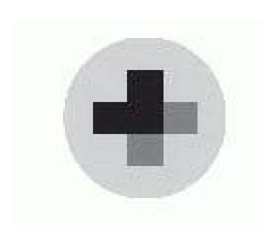
Afssaps (2004) : Recommandations : traitement médicamenteux du fibrome utérin.

 OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

N° 26 : Anomalies du cycle menstruel. Métrorragies.

N° 297 : Anémie.

N° 342 : Tuméfaction pelvienne chez la femme.

 DIFFICULTÉ

2/3

Retour au début

Cas Clinique N° 18

Mme S., 23 ans, se présente à votre consultation pour une dysménorrhée évoluant depuis six ans environ. À l'interrogatoire, vous apprenez que cette femme est mariée depuis cinq ans et qu'elle n'arrive toujours pas à débuter une grossesse.

On note dans ses antécédents une appendicectomie à 9 ans, un pneumothorax inexpliqué à 18 ans, une cure d'imperforation hyménéale avec hématocolpos lors des premières règles.

La patiente se plaint également de dyspareunies profondes.

À noter que son mari a déjà deux enfants d'un premier mariage.

Son médecin généraliste lui a fait réaliser quatre courbes ménothermiques qui sont strictement normales.

À l'examen clinique, on trouve un utérus de taille normale mais rétroversé et fixé, sensible au toucher vaginal ; le toucher rectal trouve un petit nodule douloureux au fond du cul-de-sac de Douglas adhérent à l'utérus.

Résultat d'examen demandé par le médecin traitant : bêta-HCG négatives.

Questions

QUESTION N° 1

Devant ce tableau, quel est le diagnostic le plus probable et pourquoi?

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

Quelle est la définition de cette pathologie et les trois hypothèses physiopathologiques les plus fréquemment évoquées?

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

Vous faites réaliser une hystérographie. Quels signes allez-vous rechercher?

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

Quel autre examen vous permettrait de confirmer le diagnostic? Quels sont les autres intérêts de cet examen?

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

Quelle est l'évolution spontanée de ce genre de lésion en fonction des différentes périodes de la vie génitale d'une femme?

Afficher la réponse

QUESTION N° 6

Citez les différentes possibilités thérapeutiques étiologiques.

Afficher la réponse

QUESTION N° 7

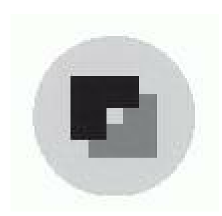
Quels sont les principaux impacts de l'endométriose sur la fertilité?

Afficher la réponse

Retour au début

Réponses

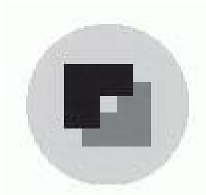
QUESTION N° 1	**20*points***
Endométriose, car:	10
• femme en période d'activité génitale	2
• antécédents:	
- imperforation hyménéale	2
- éventuellement, le pneumothorax inexpliqué (pneumothorax cataménial?)	1
• anamnèse:	
- dysménorrhée secondaire	1
- stérilité secondaire féminine probable	1
- dyspareunie profonde	1
• examen clinique:	
- utérus rétroversé fixé	1
- nodule du Douglas	1



Les pneumothorax cataméniaux sont rares (hémopneumothorax) : localisation pleurale de l'endométriose.

QUESTION N° 2	**10*points***
Endométriose : présence d'endomètre (glande épithéliale et chorion cytogène) en dehors de la cavité utérine (hétérotopie)	4
Plusieurs théories évoquées (mécanisme multifactoriel probable):	
• théorie des greffes : lors du reflux menstruel tubaire, les fragments endométriaux se greffent sur le péritoine (possibilité de passage de fragments par voie hématogène ou lymphatique)	2
• théorie métaplasique : des stimuli hormonaux (voire infectieux) induisent localement une différenciation tissulaire	2
• théorie dysimmunitaire : l'acceptabilité des greffons et le développement hétérotopique seraient conditionnés par un dysfonctionnement immunitaire local ou systémique	2
QUESTION N° 3	**10*points***
On évalue en priorité la perméabilité des trompes (image de « brassage péritonéal »)	5
On cherche dans ce contexte des signes directs ou indirects d'endométriose externe (localisation extra-utérine) ou interne (utérine : adénomyose ou endosalpingiose)	
Endométriose interne:	
• signes directs : diverticules branchés à angle droit (image d'addition en forme de point ou de clou en latéro-utérin : adénomyose ; ou dans la portion interstitielle des trompes : image en boule de gui de l'endosalpingiose)	1
• signes indirects:	
- ectasie d'une corne	1
- utérus en forme de parasol sur le profil	1
- rigidité des bords de la cavité et *tuba erecta* (élévation de la portion proximale des trompes)	1
- hydrosalpinx (dilatation tubaire distale sans passage tubaire du produit de contraste)	
Endométriose externe (signes indirects uniquement):	
• rétroversion utérine sur le profil ou déviation latérale de l'axe de la cavité tubaire à la jonction isthmocorporéale (image en baïonnette) du côté de la lésion si nodule rétractile, ou à l'opposé si endométriome volumineux	1

• absence de perméabilité tubaire par compression extrinsèque (endométriome, adhérences)



En cas d'hydrosalpinx, évoquer en priorité une infection tubaire chronique (signe clinique : hydrorrhée). Une élimination précoce du produit de contraste dans le vagin fait évoquer une béance cervico-isthmique.

QUESTION N° 4	**20*points***
Cœlioscopie diagnostique (*open coelioscopy,* car risques d'adhérences), qui confirme le diagnostic d'endométriose externe uniquement:	10
• lésions bleutées ou noires punctiformes	1
• nodules scléreux cicatriciels	1
• adhérences inflammatoires ou scléreuses	1
• kystes ovariens (contenu d'aspect « crème au chocolat »)	1
Permet de stadifier la maladie et d'évaluer la perméabilité tubaire (test au bleu de méthylène)	2
Permet un traitement : coagulation des lésions, traitements plus spécifiques (résections de nodules, kystectomie)	2
Élimine un diagnostic différentiel	2
QUESTION N° 5	**10*points***
Pathologie chronique (évolution vers la malignité difficile à établir et rare : adénocarcinome endométrioïde, surtout)	6
Exceptionnelle avant la puberté	1
Apparaît généralement à distance des premières règles	1
Améliorée par la grossesse (imprégnation progestative atrophiant l'endomètre)	1
Disparaît généralement chez la femme ménopausée (pas de stimulation œstrogénique en l'absence de traitement hormonal substitutif)	1
QUESTION N° 6	**20*points***
Traitement médical:	5
• surtout les analogues de la LH-RH (au maximum 6 mois de traitement)	2
• progestatifs (atrophient l'endomètre)	2
• androgènes antigonadotropes (danazol)	1
Traitement chirurgical:	10
• classique ou cœlioscopique (traitement conservateur) : coagulation des	

lésions, adhésiolyse, kystectomie

• traitement radical : ovariectomie, hystérectomie, résection digestive

QUESTION N° 7	**10*points***
L'endométriose concerne environ 10% des femmes consultant pour infertilité	2
De 30 à 40% des femmes développant une endométriose présentent une hypofertilité	2
Toutes les étapes de la reproduction peuvent être perturbées par l'endométriose:	2
• troubles de l'ovulation : insuffisance ovarienne (inflammation, destruction du pool ovocytaire par un endométriome ovarien ou en cas de chirurgie itérative) ou trouble de la capture ovocytaire	
• imperméabilité tubaire (stérilité tubaire) : liée aux adhérences inflammatoires	
• trouble de l'implantation : risque accru de GEU (endosalpingiose, adhérences), défaut d'implantation et fausses couches précoces (adénomyose)	
Pour ces différentes raisons, en cas d'endométriose importante, le recours rapide à la FIV est souvent indiqué	4



RÉFÉRENCES

Afssaps 2005. Recommandations : traitement de l'endométriose. Gynecol Obstet Fertil 2006; 34 : 71-9.

Deffieux X, Fernandez H. Physiopathologic, Diagnostic and Therapeutic Evolution in the Management of Adenomyosis : Review of the Literature. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2004; 33 : 703-12.

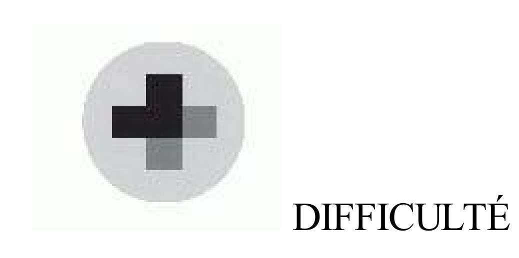


OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

N° 29 : Stérilité du couple : conduite de la première consultation.

N° 30 : Assistance médicale à la procréation : principaux aspects biologiques, médicaux et éthiques.

N° 292 : Algies pelviennes chez la femme.

 DIFFICULTÉ

3/3

Retour au début

Cas Clinique N° 19

Mlle K., 16 ans, consulte pour une demande d'interruption volontaire de grossesse (IVG).

Ses cycles sont réguliers et la date des dernières règles remonte à 12 semaines (la patiente a présenté des saignements d'aspect inhabituel il y a huit semaines).

Elle n'a pas d'antécédents médicaux particuliers.

Questions

QUESTION N° 1

Une IVG est-elle réalisable? Argumentez.

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

Dans le cas de cette patiente, l'accord parental est-il obligatoire? Explicitez votre réponse.

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

Quelle procédure devra-t-elle être mise en œuvre avant une éventuelle IVG?

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

L'âge de la grossesse est en réalité de 8 SA sur une échographie réalisée le jour de la consultation. Quelle méthode d'interruption de grossesse proposez-vous? La patiente a-t-elle le choix de la méthode?

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

Quels sont les risques somatiques liés à l'intervention?

Afficher la réponse

QUESTION N° 6

Si la patiente s'était présentée avec une demande d'IVG pour une grossesse à 16 SA en

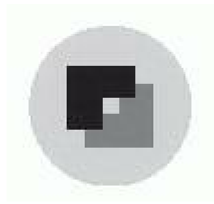
menaçant de se suicider quelle aurait été votre prise en charge?

Afficher la réponse

Retour au début

Réponses

QUESTION N° 1	**20*points***
Vraisemblablement oui, la loi française autorisant un terme maximal pour une IVG de 14 semaines d'aménorrhée (SA), soit 12 semaines de grossesse	10
Néanmoins, il est nécessaire de vérifier l'âge de la grossesse en échographie (mesure de la longueur craniocaudale de l'embryon)	10



La nationalité étrangère ne remet pas en cause le droit à l'IVG, qui est accordé à toutes les femmes.

QUESTION N° 2	**20*points***
Cette patiente est mineure et la loi distingue deux cas de figure:	
• si la personne mineure n'est pas émancipée:	
- le recueil de l'autorisation parentale (ou du représentant légal) est la règle	4
- si la mineure veut conserver le secret ou si ce consentement n'est pas obtenu, tous les actes médicaux sont pratiqués à sa seule demande. Dans ces cas, la mineure se fait accompagner dans sa démarche par une personne majeure de son choix après avoir été conseillée sur le choix de cette personne susceptible de l'accompagner (gratuitement) dans sa démarche	3
- afin de s'assurer du caractère volontaire de la demande, la personne mineure doit formuler sa requête à un médecin, en dehors de la présence de toute personne, que le consentement parental soit recueilli ou non	3
• si la personne mineure est émancipée : les conditions sont les mêmes que pour la personne majeure	10



Seule la femme enceinte peut demander que soit pratiquée une IVG. L'interruption de la grossesse sans le consentement de la femme est passible de cinq ans d'emprisonnement et de 76 224 euros d'amende.

QUESTION N° 3 **20*points***

Deux consultations médicales et un entretien social sont obligatoires (l'entretien est proposé, mais n'est pas obligatoire pour la personne majeure) 5

Ces deux consultations sont séparées d'un délai de réflexion d'une semaine, durant laquelle se déroule l'entretien social. Le médecin consulté pour la deuxième consultation peut réduire ce délai à deux jours si les démarches pour accéder à l'IVG ont débuté tardivement et s'il y a risque de dépassement du délai légal 5

Déroulement de la première consultation:

- confirmer et dater la grossesse (échographie ± β-HCG) 2
- examen gynécologique complet
- information sur le recueil du consentement écrit des parents (ou du représentant légal) 1
- information de la patiente sur les méthodes et leurs risques
- information sur les aides sociales existantes 1
- remise d'un guide sur l'IVG et d'un certificat attestant la demande et le respect des délais légaux
- information sur la contraception 1

Consultation et entretien préalable à l'IVG: 2

- entretien préalable à l'IVG : écoute, suivi psychologique, informations ou conseils
- à l'issue de cette consultation, une attestation d'entretien est délivrée à la mineure. Ce document sera remis au médecin qui pratiquera l'IVG

Déroulement de la deuxième consultation médicale:

- recueil du certificat de consultation médicale
- confirmation écrite de demande d'IVG 1
- recueil de l'attestation d'entretien social
- recueil du consentement écrit du père et/ou de la mère ou de son représentant légal ou, le cas échéant, attestation de la réalisation du choix de l'adulte accompagnant (vivement conseillé, mais facultatif) 1
- évaluation du risque psychologique (consultation de contrôle à prévoir si nécessaire)
- vérification du groupage 1
- consultation préanesthésie (IVG instrumentale ou pathologie à risque hémorragique)
- détermination de la date d'intervention
- déclaration anonyme à la Ddass

QUESTION N° 4 **20*points***

On pratiquera une IVG instrumentale: 10

• sous anesthésie (générale ou locale)

• après dilatation cervicale si nécessaire

• aspiration intra-utérine par une canule complétée par un curetage prudent visant essentiellement à retirer les débris trophoblastiques restants et à vérifier la vacuité utérine

Prévention de l'allo-immunisation rhésus par une injection de gammaglobulines spécifiques anti-D si patiente est rhésus négatif 2

En cas de doute sur une grossesse molaire (présence de vésicules trophoblastiques), envoi en anatomopathologie 1

Il n'y a pas d'alternative technique légale puisque le terme de 7 SA est dépassé : IVG médicamenteuse par RU 486 (Mifégyne®) + misoprostol (Cytotec®) 7

QUESTION N° 5 ***13points***

Complications immédiates: 1

• accidents liés à l'anesthésie 1

• hémorragie génitale ou hémopéritoine (hystérectomie d'hémostase exceptionnelle) 1

• perforation utérine 1

• perforation digestive (exceptionnelle) 1

• douleurs et malaise vagal en cas d'anesthésie locale 1

Complications secondaires: 1

• complications thromboemboliques 1

• infections (endométrites), généralement sur rétention intra-utérine de trophoblaste 1

• rétention intra-utérine 1

• échec (intervention itérative) 1

• synéchies intra-utérines (risque majoré par les interventions itératives et l'infection) 1

• immunisation anti-érythrocytaire (l'immunisation anti-D est la seule à pouvoir être prévenue) 1

QUESTION N° 6 ***7points***

La demande de la patiente ne relève plus de l'IVG car le terme est trop avancé 2
1 Consultation psychiatrique en urgence pour évaluation du risque suicidaire

Demande maternelle à présenter auprès d'un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal 1

sous forme d'une demande maternelle d'interruption de grossesse pour motif médical 1

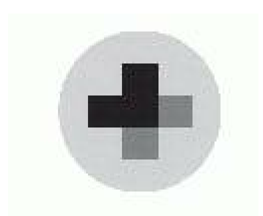
Appréciation globale en fonction du contexte : le chantage n'est pas un motif d'acceptation, contrairement à certaines pathologies psychiatriques sévères et résistant aux traitements	1
Soutien psychologique et consultation auprès d'une assistante sociale	1

 RÉFÉRENCE

www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/ivg/index.htm

OBJECTIF PÉDAGOGIQUE

No 28 : Interruption volontaire de grossesse.

 DIFFICULTÉ

3/3

Retour au début

Cas Clinique N° 20

Une patiente de 47 ans consulte pour l'apparition, depuis quelques semaines, de métrorragies provoquées et de leucorrhées.

Dans ses antécédents, on relève :

- infections vaginales à répétition ;
- cholécystectomie ;
- trois grossesses normales avec accouchements normaux ;
- deux fausses couches, une IVG.

L'examen clinique révèle :

- une palpation abdominale normale ;
- à l'examen sous spéculum : une lésion bourgeonnante et hémorragique du col de l'utérus ; cette lésion mesure environ 3 cm de diamètre. La paroi antérieure du vagin semble infiltrée ;
- au TV : le col utérin est induré; le corps utérin est souple et indolore, les culs-de-sac sont libres.

Questions

QUESTION N° 1

Quelle est votre hypothèse diagnostique? Comment la confirmez-vous?

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

Quel est le type histologique le plus fréquent?

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

Citez les facteurs de risque de ce cancer.

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

Comment appréciez-vous l'extension locale de ce cancer sur le plan clinique et paraclinique?

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

Au terme du bilan, vous trouvez que la lésion s'étend au tiers supérieur du vagin sans infiltration des paramètres, ni métastases à distance. Quel est son stade dans la classification de la Figo?

Afficher la réponse

QUESTION N° 6

Quelles sont les grandes lignes de votre attitude thérapeutique?

Afficher la réponse

QUESTION N° 7

Quelles sont les complications possibles de la radiothérapie?

Afficher la réponse

Retour au début

Réponses

QUESTION N° 1	**20*points***
Cancer du col de l'utérus	10
La tumeur est visible, donc biopsies d'emblée et examen anatomopathologique	10

QUESTION N° 2	**10*points***
Carcinome épidermoïde	10

QUESTION N° 3	**10*points***
Lésions virales du col : HPV-16, 18 +++	5
Précocité des premiers rapports sexuels	1
Multiplicité des partenaires	1
Multiparité > 5 enfants dont le premier avant 20 ans Bas niveau socioéconomique	1

Tabac	1
Infection à VIH	1

QUESTION N° 4 **15*points***

Examen clinique général	3
Bilan local:	
• examen gynécologique, TV, TR	2
• échographie endovaginale-endorectale	1
• examen sous anesthésie générale (non obligatoire):	1

- clinique : TV, TR
- hystéroscopie
- cystoscopie ± rectoscopie (si développement de la tumeur en antérieur ou postérieur)

Bilan locorégional:	
• échographie abdominale	1
• TDM abdominopelvienne (adénopathies iliaques?)	2
• IRM pelvienne (extension locale + arbre urinaire)	3
• radiographie pulmonaire	1
• marqueurs sériques : *Squamous Cell Carcinoma* SCC (si tumeur épidermoïde)	1
Bilan biologique préopératoire	

QUESTION N° 5 **10*points***

Stade IIa 10

Classification TNM : T2 N0 M0

QUESTION N° 6 **15*points***

Curiethérapie utérovaginale	5
Six à huit semaines après traitement chirurgical : colpohystérectomie totale élargie et curage iliaque externe	5
Radiothérapie postopératoire si les ganglions sont atteints	5

QUESTION N° 7 **20*points***

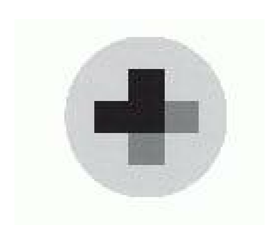
Complications digestives : occlusion, péritonite par perforation, rectite, sigmoïdite, grêle radique, fistule rectovaginale	7
Complications urinaires : sténose urétérale, cystique radique, fistule vésicovaginale	7
Complications veinolymphatiques : œdème de stase veineuse, lymphœdème, thrombose veineuse	6

 RÉFÉRENCE

Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer et Société française d'oncologie gynécologique. Standards, options et recommandations pour la prise en charge des patientes atteintes de cancers invasifs du col utérin (stades non métastatiques).

OBJECTIF PÉDAGOGIQUE

N° 147 : Tumeurs du col utérin, tumeurs du corps utérin.

 DIFFICULTÉ

2/3

Retour au début

Cas Clinique N° 21

Mme X, 35 ans, se présente pour une consultation systématique. Cette patiente n'a pas eu de consultation gynécologique depuis plus de cinq ans.

On peut noter dans ses antécédents :

- antécédents chirurgicaux : appendicectomie à l'âge de 12 ans ;
- antécédents gynécologiques : condylomes du col de l'utérus traités à l'âge de 19 ans, un épisode de salpingite ;
- antécédents obstétricaux : GIII, PII (deux accouchements normaux à terme, une interruption de grossesse) ;
- ses cycles sont réguliers, sans anomalie ;
- tabagisme à un paquet par jour ;
- dernier frottis cervicovaginal datant de cinq ans (inflammatoire).

Elle vit en foyer et n'a pas la garde de ses enfants.

Examen clinique :

- palpation abdominale : RAS ;
- examen au spéculum : col légèrement inflammatoire, sans lésion extérieurement visible ;
- un frottis cervicovaginal est réalisé.

Questions

QUESTION N° 1

Quels sont les facteurs de risque de néoplasie du col utérin présentés par cette patiente?

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

Détaillez la technique du frottis cervicovaginal.

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

Le résultat du frottis est le suivant : présence de cellules anormales, lésion intraépithéliale de haut grade. Quelle est votre conduite à tenir?

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

Les résultats des examens précédents confirment les données du frottis. Précisez les caractéristiques anatomopathologiques d'une lésion de haut grade du col de l'utérus.

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

Quel traitement proposez-vous à la patiente?

Afficher la réponse

QUESTION N° 6

Il s'agit finalement d'un carcinome *in situ.* Faut-il envisager un traitement complémentaire chez cette patiente? Argumentez votre réponse.

Afficher la réponse

QUESTION N° 7

Quelle surveillance proposer?

Afficher la réponse

Retour au début

Réponses

QUESTION N° 1	**15*points***
Âge	2
Tabagisme	2
Bas niveau socioéconomique	1
Vie sexuelle instable et précoce	2
Notion d'infection à HPV	2
Antécédents de salpingite	2

Absence de surveillance gynécologique 2
Notion de frottis à contrôler 5 ans auparavant 2

QUESTION N° 2 **10*points***

Le frottis doit être pratiqué à distance des rapports sexuels (48 heures), avant un toucher vaginal, en dehors des règles et après traitement d'une infection cervicovaginale éventuelle 2

En position gynécologique, sous spéculum, on prélève:

• l'exocol à la spatule d'Ayre en bois ou à la cytobrosse pour une analyse à la phase liquide ++ 2

• l'endocol à la spatule d'Ayre ou à la cytobrosse ++ 1

• la zone de jonction 2

Étalement uniforme sur deux lames différentes et fixation immédiate 1

Fiche de renseignements correctement remplie : date du prélèvement, identification et date de naissance de la patiente, date des dernières règles, traitement hormonal en cours et motif de l'examen (dépistage, contrôle, antécédents de frottis pathologique) 1

Envoi des lames en cytologie 1

QUESTION N° 3 **15*points***

Colposcopie et biopsies dirigées, réalisées après traitement d'une éventuelle infection cervicale ou vulvovaginale 2

Inspection du col à la loupe binoculaire : sans préparation, à la lumière verte, après coloration à l'acide acétique et après coloration au Lugol 2

On recherche : la zone de jonction, l'existence d'une zone rouge, congestive, sans relief glandulaire, avec anomalies vasculaires, acidophile et iodonégative, à contours flous = zone de transformation atypique 3

Biopsies des zones colorimétriquement anormales ± biopsies systématiques de la zone de jonction 3

Fiche de renseignements correctement remplie 1

Envoi des biopsies en anatomopathologie 1

Examen de la paroi vaginale et de la vulve 1

Bilan de MST 1

Examen du partenaire 1

QUESTION N° 4 **10*points***

Il s'agit d'une néoplasie intraépithéliale de haut grade (CIN 3) 5

Lésions de l'épithélium pavimenteux du col de l'utérus caractérisées par l'existence d'anomalies cellulaires, à type de:

• trouble de la maturation 1

• trouble de la différenciation 1

• anomalies nucléaires	1
Dans le grade 3, les anomalies s'étendent sur toute la hauteur de l'épithélium sans franchir la membrane basale	1
L'évolution se fait toujours vers l'invasion	1

QUESTION N° 5	**20*points***
Une conisation, à but diagnostique et thérapeutique:	10
• sous anesthésie	
• guidée par les colorations ± aidée du colposcope	
• au bistouri froid ou électrique, à l'anse diathermique ou au laser : résection d'un cône cervical emportant systématiquement la zone de jonction, dont la taille et la hauteur seront modulées en fonction de l'étendue de la lésion	
La pièce, repérée, est adressée en anatomopathologie	10

QUESTION N° 6	**20*points***
Aucun, à condition que les limites de conisation soient passées à distance de la lésion	15
et à condition que la patiente se soumette à une surveillance régulière Sinon, on peut envisager une hystérectomie	5

QUESTION N° 7	**10*points***
Frottis cervicovaginal et colposcopie tous les 6 mois	5
Biopsie en cas de lésion anormale	5

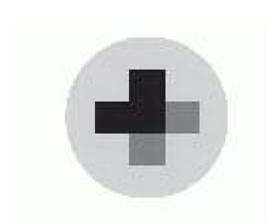


RÉFÉRENCE

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (actualisation 2002) : Conduite à tenir devant une patiente ayant un frottis cervico-utérin anormal.

OBJECTIF PÉDAGOGIQUE

N° 147 : Tumeurs du col utérin, tumeurs du corps utérin.



DIFFICULTÉ

2/3

Retour au début

Cas Clinique N° 22

Mlle X, 22 ans, sans aucun antécédent médical, chirurgical, ni gynécologique particulier, consulte pour des pertes vaginales et des démangeaisons associées à des douleurs lors des rapports sexuels, évoluant depuis huit jours.

Elle assure sa contraception par une pilule œstroprogestative à 30 gamma d'éthinylestradiol depuis trois ans.

Votre examen retrouve une vulvovaginite érythémateuse, des leucorrhées blanchâtres, grumeleuses, le col de l'utérus est rouge. Le toucher vaginal retrouve une douleur diffuse de contact, l'utérus est de taille normale, indolore, les culs-de-sac sont libres, vous ne notez pas de masse latéro-utérine.

Questions

QUESTION N° 1

Quel diagnostic évoquez-vous?

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

Quel examen complémentaire pourrait confirmer ce diagnostic?

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

Quels traitements proposez-vous?

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

La patiente se rappelle avoir eu les mêmes symptômes trois fois dans l'année. Quelle est alors votre attitude?

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

Quels sont les facteurs de risque qui favorisent la récidive?

Afficher la réponse

QUESTION N° 6

La patiente souhaite une contraception par stérilet. Que lui répondez-vous?

Afficher la réponse

Retour au début

Réponses

QUESTION N° 1	**20*points***
Une candidose vaginale (colpite candidosique)	20

QUESTION N° 2	**20*points***
Prélèvement vaginal : examen direct recherchant des filaments mycéliens enserrant les spores, culture sur milieu de Sabouraud	20



Le prélèvement vaginal n'est pas réalisé systématiquement en première intention. On réalise plutôt un traitement d'épreuve si le diagnostic paraît évident.

QUESTION N° 3	**10*points***
Traitement antifungique par voie locale	5
ex. : sertaconazole (Monazol®) : un ovule au fond du vagin Traitement local par savon alcalin	5

QUESTION N° 4	**20*points***
Il s'agit d'une candidose récidivante:	5
• traitement *per os* par antifungiques non absorbables (fluconazole : Béagyne® : une gélule 150 mg en traitement monodose)	5
• traitement du partenaire par une crème antifungique (sertaconazole : Monazol® crème)	5
• arrêt des rapports pendant le traitement	5
• déséquilibre de la flore à traiter : probiotiques	

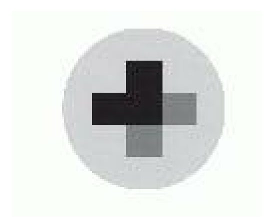
QUESTION N° 5	**20*points***
Acidification:	2
• hyperœstrogénie	2
• contraception orale œstroprogestative	2

• savon acide	2
• grossesse	2
Traitement antibiotique (déséquilibre la flore vaginale)	5
Diabète	5

QUESTION N° 6	**10*points***
Les mycoses à répétition ne constituent pas une contre-indication à la mise en place d'un stérilet	5
Il convient, néanmoins, de respecter les contre-indications classiques du stérilet	
Cette jeune femme n'a pas d'enfant et le stérilet n'est pas, dans ce cas, la contraception de premier choix	1
Réévaluer les difficultés liées à la prise de pilule œstroprogestative	2
Proposer un autre moyen de contraception en fonction des éléments de discussion	2

OBJECTIF PÉDAGOGIQUE

N° 88 : Infections génitales de la femme. Leucorrhées.

 DIFFICULTÉ

2/3

Retour au début

Cas Clinique N° 23

Mlle X, âgée de 29 ans, consulte en urgence pour des douleurs pelviennes.

Ses antécédents sont :

- GI, PI : un accouchement normal à terme ;
- contraception par DIU depuis six mois ;
- cure de hernie dans l'enfance.

Les douleurs ont débuté il y a une semaine. Depuis 24 heures, elles sont intenses, permanentes, peu calmées par les antalgiques.

L'examen clinique retrouve :

- température : 38,2 °C, pression artérielle : 130/80 mmHg, pouls : 100/min ;
- pas de trouble du transit, pas de signe urinaire ;
- douleur intense à la palpation de l'hypochondre droit et de l'hypogastre ;
- toucher rectal : sensibilité au niveau du cul-de-sac de Douglas ;
- à l'examen sous spéculum : leucorrhées louches, col œdématié et inflammatoire, métrorragies minimes, fils du DIU en place ;
- toucher vaginal : douleur à la mobilisation utérine, culs-de-sac latéraux douloureux et empâtés sans masse palpable.

Questions

QUESTION N° 1

Quel diagnostic évoquez-vous? Justifiez.

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

Quels sont les diagnostics différentiels?

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

Quels examens complémentaires demandez-vous? Argumentez.

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

Quel est l'intérêt de l'échographie dans cette pathologie?

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

Quel examen permettrait d'affirmer le diagnostic? Qu'en attendez-vous?

Afficher la réponse

QUESTION N° 6

Quels sont les principes du traitement et les mesures à prendre?

Afficher la réponse

QUESTION N° 7

Quelles sont les complications de cette pathologie?

Afficher la réponse

QUESTION N° 8

Quels sont les germes en cause?

Afficher la réponse

Retour au début

Réponses

QUESTION N° 1	**10*points***
Salpingite aiguë avec périhépatite (syndrome de Fitz-Hugh-Curtis), devant:	4
• femme jeune	
• facteur de risque : DIU	2
• syndrome douloureux pelvien	1
• hyperthermie	1
• signes d'infection génitale : leucorrhées louches, cervicite, métrorragies	1

• douleur à la mobilisation utérine, culs-de-sac latéraux douloureux
• signe de périhépatite : douleur de l'hypochondre droit 1
• signes négatifs : absence de trouble du transit, de signe urinaire

QUESTION N° 2 **10*points***

Grossesse extra-utérine 2
Cholécystite aiguë
Appendicite aiguë 2
Pyélonéphrite aiguë 2
Torsion d'annexe 2
Nécrobiose aseptique de fibrome 2

QUESTION N° 3 **10*points***

Bilan sanguin:
• bilan biologique usuel à la recherche d'un syndrome infectieux : NFS, plaquettes, CRP 2
• bilan hépatique : ASAT, ALAT, PAL. Rarement perturbé en cas de périhépatite 1
• bilan préopératoire 1
• β-HCG pour éliminer une grossesse 1
• bilan de MST : sérologies TPHA-VDRL, hépatites B et C, VIH avec accord de la patiente, *Chlamydia* 1

Prélèvements à visée bactériologique:
• retrait du DIU et envoi en bactériologie pour mise en culture 2
• hémocultures aéro- et anaérobies si température > 38,5 °C
• Ecbu pour éliminer une pyélonéphrite 1
• prélèvements cervicaux et vaginaux avec recherche standard et sur milieu spécifique pour le *Chlamydia* 1

QUESTION N° 4 **10*points***

L'échographie n'apporte pas d'aide au diagnostic de salpingite aiguë non compliquée 3

Elle permet de rechercher une complication : abcédation (pyosalpinx, abcès tubo-ovarien, abcès du Douglas) 3

En l'absence de complication, l'échographie est normale 2

Elle permet d'éliminer une autre pathologie pelvienne : torsion, GEU, fibrome 2

QUESTION N° 5 **20*points***

Cœlioscopie exploratrice et opératoire: 10

• temps d'exploration:	
- permet le diagnostic positif en visualisant l'inflammation pelvienne	1
- précise la gravité de l'atteinte annexielle	1
- précise l'existence de complications	
- recherche une inflammation du péritoine avec éventuellement un épanchement dans le péritoine, périhépatique et/ou dans les gouttières pariétocoliques	
- inspecte la région hépatique à la recherche d'un syndrome de Fitz-Hugh-Curtis : adhérences hépatopariétales en cordes de violon	2
- permet la réalisation de prélèvements bactériologiques	1
• temps opératoire si complications : drainage des abcès	1
Indications formelles de la cœlioscopie:	
• doute diagnostique	1
• masse annexielle	1
• absence d'amélioration sous traitement	2

QUESTION N° 6 **20*points***

Hospitalisation, en urgence, en milieu spécialisé	1
Ablation du DIU	2
Repos au lit	1
Mise en place d'une voie veineuse périphérique Bi-antibiothérapie:	4
• en intraveineux, bactéricide, à large sceptre, active sur les principaux germes responsables, débutée précocement:	
- en l'absence d'allergie : amoxicilline-acide clavulanique (Augmentin®), 1 g x 3/j, et tétracycline (Vibraveineuse®), 100 mg x 2/j	2
- si allergie : fluoroquinolone (Oflocet®), 200 mg x 2/j	
• poursuivie 48 heures après apyrexie puis relais *per os*	1
• 14 à 21 jours de traitement à dose efficace	1
Antalgique, antispasmodique, glace sur le ventre	1
Anti-inflammatoire après apyrexie	1
Surveillance régulière de l'état de la patiente	1
Contraception efficace en respectant les contre-indications (éviterait les abcès ovariens)	
Rapports protégés par préservatifs Dépistage et traitement du ou des partenaires	1
Information et prévention des maladies sexuellement transmissibles	1
Arrêt de travail d'un mois	1
Déclaration obligatoire en cas d'infection à gonocoque	1

Contre-indication au DIU	1

QUESTION N° 7	**10*points***
Chronicité	1
Récidive	1
Séquelles:	2

• 15% évoluent vers la stérilité, 40% des stérilités sont liées à des salpingites

• hydrosalpinx

• phimosis tubaire

• lésion muqueuse tubaire

• adhérences péritubo-ovariennes

GEU : risque multiplié par 6 à 10	1
Algies pelviennes chroniques	1
Inflammation résiduelle avec adhérences	1
Pyosalpinx	1
Abcès du Douglas	1
Syndrome de Fitz-Hugh-Curtis	1

QUESTION N° 8	**10*points***
Chlamydia trachomatis (80 %)	5
Neisseria gonorrhœa (20 %)	5

Les autres germes ne donnent pas de périhépatite:

• mycoplasme, *Ureaplasma*

• germes endogènes aérobies : streptocoque, *Escherichia coli, Klebsiella,* entérocoque

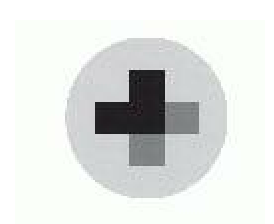
• germes anaérobies : *Bacteroides fragilis,* actinomycète

• tuberculose, bilharziose

Déclaration obligatoire si infection à gonocoque

OBJECTIF PÉDAGOGIQUE

N° 88 : Infections génitales de la femme. Leucorrhées.



DIFFICULTÉ

2/3

Retour au début

Cas Clinique N° 24

Mme A. vient consulter pour établir sa déclaration de grossesse à 10 semaines d'aménorrhée environ. Elle a 28 ans, n'a pas d'antécédents médicochirurgicaux particuliers, elle est enceinte pour la première fois.

À l'interrogatoire, elle signale qu'elle fumait quinze cigarettes par jour avant la grossesse, mais qu'elle a actuellement réduit sa consommation à cinq cigarettes par jour.

L'examen clinique général est sans particularité, l'examen gynéco-obstétrical est conforme au terme de la grossesse.

Mme A. possède une échographie qui a été réalisée deux semaines auparavant et qui montre une grossesse intra-utérine gémellaire bichoriale-biamniotique évolutive ; la longueur craniocaudale des embryons est conforme au terme de 8 semaines d'aménorrhée environ.

Questions

QUESTION N° 1

Quels examens complémentaires biologiques devez-vous prescrire ou proposer systématiquement lors de la consultation de déclaration (si vous ne les avez pas à disposition)?

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

Que devez-vous prescrire avant la fin du premier trimestre de la grossesse? Précisez les conditions, les objectifs et vos arguments.

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

Comment informez-vous cette patiente sur les risques liés à la consommation tabagique? Détaillez les substances toxiques contenues dans les cigarettes et précisez les risques fœtaux et obstétricaux encourus.

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

Que pourriez-vous proposer à Mme A. afin de l'aider à supprimer sa consommation tabagique?

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

Vous décidez de l'informer parallèlement sur les risques liés à la consommation d'alcool pendant la grossesse. Lui déconseillez-vous toute absorption d'alcool et pourquoi? Quels sont les risques de la consommation d'alcool pendant la grossesse?

Afficher la réponse

QUESTION N° 6

Mme A. est immunisée contre la rubéole mais pas contre la toxoplasmose. Quelles en sont les conséquences pour la surveillance de la grossesse? Quels conseils de prévention lui donnez-vous?

Afficher la réponse

QUESTION N° 7

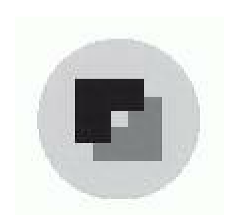
Mme A. vous signale en fin de consultation que sa vaccination antitétanique n'est plus à jour depuis deux ans. Que lui conseillez-vous?

Afficher la réponse

Retour au début

Réponses

QUESTION N° 1	**20*points***
Albuminurie et glycosurie	2
Groupage sanguin, rhésus, phénotype Kell	2
Recherche d'agglutinines irrégulières	2
Sérologie de la rubéole	2
Sérologie de la toxoplasmose	2
VDRL-TPHA (syphilis)	2
Sérologie VIH à proposer	2
Frottis cervico-vaginal de dépistage à proposer si datant de plus de 2 ans	2
Le dosage des marqueurs sériques de la trisomie 21 n'est pas conseillé pour les grossesses gémellaires (le risque sera évalué par la mesure des clartés nucales combinée à l'âge maternel pour chaque fœtus)	4



Actuellement, le dosage des marqueurs du premier trimestre n'est pas possible, et le dosage des marqueurs sériques du deuxième trimestre est possible (mais moins fiable, surtout en présence d'une grossesse dizygote).

QUESTION N° 2	**20*points***
Échographie obstétricale entre 11 SA et 13 SA + 6 j (LCC comprises entre 45 et 84 mm)	5
Étude de la vitalité fœtale	2
Étude morphologique initiale	2
Confirmation de l'âge gestationnel	2
Étude de la clarté nucale	4
Confirmer la chorionicité (la surveillance des grossesses monochoriales est plus rapprochée que celle des grossesses bichoriales)	5

QUESTION N° 3	**10*points***
Substances toxiques:	
• monoxyde de carbone à l'origine d'une hypoxie fœtale	3
• nicotine (sympathicomimétique)	2
• métaux lourds (cadmium)	
• hydrocarbures polyaromatiques	
Risques obstétricaux et fœtaux:	
• majoration du risque d'accouchement prématuré	1
• majoration du risque de retard de croissance intra-utérin	1
• majoration du risque de placenta *prævia*	1
• majoration du risque d'accidents obstétricaux : décollement prématuré du placenta normalement inséré, mort fœtale *in utero*	1
• majoration du risque de rupture prématurée des membranes	1

QUESTION N° 4	**10*points***
Proposer l'aide d'une consultation antitabac	4
Évaluer la dépendance physique et psychologique (test de Fagerström)	2
Soutien psychologique ou thérapie comportementale	2
Prise en charge pharmacologique : substituts nicotiniques (patchs 16 heures ou gommes)	2

QUESTION N° 5	**10*points***

Toute consommation d'alcool est déconseillée pendant la grossesse car il existe un effet tératogène de l'alcool, avec, à l'extrême, possibilité de syndrome d'alcoolisation fœtale: 2

• retard de croissance harmonieux 1

• dysmorphie craniofaciale, malformations congénitales (cœur, système nerveux, squelette) 1

• atteinte neurocomportementale 1

Il n'y a pas de dose-seuil établie en deçà de laquelle l'absorption d'alcool ne serait pas dangereuse pour le fœtus 5

Sont à éviter en particulier:

• la consommation quotidienne d'alcool

• les consommations excessives occasionnelles

QUESTION N° 6 **20*points***

Sérologie toxoplasmose mensuelle jusqu'au 9e mois et après l'accouchement… 10

Conseils d'hygiène:

• laver soigneusement les légumes et les fruits, laver soigneusement les ustensiles de cuisine et le plan de travail 2

• ne consommer que de la viande bien cuite (ou ayant été au congélateur durant plusieurs jours), éviter la consommation de viande fumée, grillée ou marinée 2

• se laver les mains après avoir manipulé de la viande crue 2

• bien se laver les mains avant chaque repas

• nettoyer le réfrigérateur à l'eau javellisée 2 fois par mois

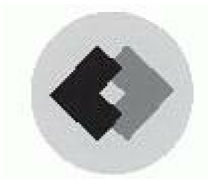
• éviter le contact direct avec des objets qui pourraient être souillés avec des excréments de chat 2

• éviter le contact direct avec la terre et porter des gants pour jardiner 2

QUESTION N° 7 **10*points***

Vaccination antitétanique possible: 5

non contre-indiquée pendant la grossesse (anatoxine) 5



RÉFÉRENCES

ANAES (2005) : Comment mieux informer les femmes enceintes? Recommandations pour les professionnels de santé.

ANAES (2004) : Grossesse et tabac.



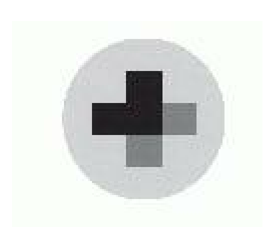
OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

Objectif principal :

N° 20 : Prévention des risques fœtaux : infection, médicaments, toxiques, irradiation.

Objectif secondaire :

N° 16 : Grossesse normale. Besoins nutritionnels d'une femme enceinte.



DIFFICULTÉ

2/3

Retour au début

Cas Clinique N° 25

Mme B., 30 ans, est actuellement enceinte de son deuxième enfant. Sa première grossesse s'est déroulée sans aucun problème, elle a accouché à terme d'un garçon de 3 250 g qui va bien.

À 24 semaines d'aménorrhée, elle consulte en urgence pour une fièvre à 39 °C, apparue il y a deux jours, associée à quelques nausées et à de vagues douleurs abdominales, sans éruption cutanée.

Elle est immunisée contre la rubéole et la toxoplasmose, elle est vaccinée contre l'hépatite B.

Elle sent bien son bébé bouger et ne présente ni métrorragies ni perte de liquide. Son aîné a présenté un syndrome grippal il y a quelques jours, sans éruption cutanée manifeste ; elle n'a pas voyagé récemment.

L'examen clinique général et obstétrical est sans particularité.

Questions

QUESTION N° 1

Quelles hypothèses diagnostiques pouvez-vous évoquer devant ce tableau clinique?

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

Comment menez-vous votre examen clinique?

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

Votre examen clinique ne montre aucun point d'appel particulier. Quels examens complémentaires logiques demandez-vous en première intention?

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

Prescrivez-vous un traitement en attendant le résultat des examens complémentaires demandés, et pourquoi?

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

Les résultats des prélèvements biologiques, obtenus 48 heures plus tard, montrent finalement l'existence d'une infection urinaire à *Escherichia coli* (1 million de germes par mL).

L'antibiogramme révèle une sensibilité intermédiaire à l'amoxicilline ; les hémocultures sont négatives. Mme B. a toujours 38,5 oC de température. Quel traitement et quelle surveillance préconisez-vous?

Afficher la réponse

QUESTION N° 6

Mme B. se plaint par ailleurs de douleurs lombaires droites intenses et réclame un traitement anti-inflammatoire non stéroïdien qui la soulage habituellement très bien. Que faites-vous et pourquoi?

Afficher la réponse

QUESTION N° 7

Après 48 heures de traitement, les symptômes s'amendent. Quelle prescription faitesvous? Quels conseils donnez-vous pour la suite de la grossesse?

Afficher la réponse

Retour au début

Réponses

QUESTION N° 1	**15*points***
Infection urinaire, pyélonéphrite aiguë	4
Listériose	4
Appendicite aiguë	1
Cholécystite aiguë ou autre syndrome douloureux abdominal chirurgical	1
Gastro-entérite	1
Hépatite	1
Grippe, infections non spécifiques (rhinite, angine, bronchite, pneumopathie)	1
Infection virale à CMV, parvovirus B-19	1
Chorioamniotite	1

QUESTION N° 2	**10*points***
Examen obstétrical:	1

• poids, tension artérielle, hauteur utérine 1

• recherche des bruits du cœur fœtaux 1

• toucher vaginal 1

• examen sous spéculum (recherche de leucorrhées) 1

Examen abdominal, palpation des fosses lombaires 1

Examen pleuropulmonaire 1

Examen neurologique et recherche de syndrome méningé 1

État cutané 1

Examen ORL 1

QUESTION N° 3 **20*points***

Numération-formule sanguine 3

CRP 2

Examen cytobactériologique des urines. Bandelette urinaire 5

Hémocultures aéroanaérobies répétées, avec recherche spécifique de *Listeria monocytogenes* 5

Recherche d'une rupture prématurée des membranes occulte favorisant la chorioamniotite par prélèvement vaginal (recherche d'IGFBP-1 ou de PAMG-1). 4

Prélèvement cervicovaginal bactériologique 1

QUESTION N° 4 **15*points***

Traitement antibiotique efficace sur *Listeria monocytogenes :* amoxicilline, 3 × 1 g/j (si allergie : érythromycine), la dose peut être doublée si le diagnostic est confirmé 5 après réalisation des prélèvements bactériologiques, 3

car toute fièvre sans signe d'orientation étiologique chez la femme enceinte est une listériose jusqu'à la preuve du contraire 5

Traitement antipyrétique : paracétamol, 1 g × 3/j, 2

pour le confort de la patiente et parce que toute fièvre comporte des risques fœtaux

QUESTION N° 5 **15*points***

Hospitalisation 2

Voie veineuse périphérique

Antibiothérapie par voie intraveineuse, dans un premier temps, adaptée à l'antibiogramme et à bonne diffusion urinaire (par exemple : ceftriaxone [Rocéphine®], si germe sensible et en l'absence d'allergie) 8

Surveillance clinique : état général, tension artérielle, fièvre (mesurée à distance de la prise d'antipyrétiques) 1

Échographie rénale afin de vérifier l'absence de lithiase et d'abcès parenchymateux 3

Prévoir un examen cytobactériologique de contrôle 48 heures après l'arrêt

des antibiotiques	1
QUESTION N° 6	**15*points***
Pas de prescription d'AINS qui sont contre-indiqués, même en prise brève, à partir de 24 SA dans cette indication	5
Risques:	
• détresse respiratoire et insuffisance cardiaque droite néonatale par hypertension artérielle pulmonaire et fermeture du canal artériel	2
• oligoamnios	2
• oligoanurie ou insuffisance rénale définitive néonatale (toxicité rénale fœtale)	4
• risque hémorragique	2
QUESTION N° 7	**10*points***
Cytobactériologie urinaire de contrôle, 8 jours après la fin du traitement antibiotique	5
Consignes de boisson abondante pendant toute la durée de la grossesse	5



RÉFÉRENCES

ANAES (2005) : Comment mieux informer les femmes enceintes? Recommandations pour les professionnels de santé.

Afssaps (2004) : Rappel sur la contre-indication de tous les AINS à partir du 6e mois de grossesse.



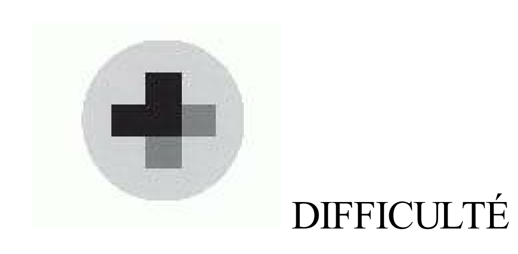
OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

Objectif principal :

N° 20 : Prévention des risques fœtaux : infection, médicaments, toxiques, irradiation.

Objectif secondaire :

N° 17 : Principales complications de la grossesse.

 DIFFICULTÉ

2/3

Retour au début

Cas Clinique N° 26

Mme C. a 30 ans. Elle vient consulter en urgence pour des douleurs pelviennes latéralisées à droite et apparues progressivement depuis quelques jours.

Elle a pour antécédents une cholécystectomie, une fausse couche spontanée précoce et deux enfants nés par voie basse. Elle fume cinq cigarettes par jour et ne prend aucun traitement. Elle signale une infertilité secondaire de trois ans.

Vous l'interrogez plus précisément. Elle vous explique que la douleur est spasmodique, paroxystique, mal calmée par le paracétamol. Elle décrit quelques nausées et brûlures mictionnelles. Il n'existe pas de pertes anormales. Les dernières règles ont eu lieu deux semaines auparavant, mais auraient été très peu abondantes.

À l'examen, la TA est à 120/80, le pouls à 110 bpm et la température à 37,4 oC. La douleur est plutôt située en fosse iliaque droite avec une défense nette. L'examen sous spéculum est normal, hormis de discrètes traces de sang.

Questions

QUESTION N° 1

À ce stade de l'observation, quelles hypothèses diagnostiques évoquez-vous?

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

Quels examens complémentaires demandez-vous?

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

Les résultats des examens vous montrent notamment un dosage de β-HCG à 4 800. L'échographie ne montre pas de grossesse intra-utérine, pas de masse latéro-utérine visible mais un épanchement pelvien assez abondant. Le taux d'hémoglobine est à 9 g/dL. Le groupe sanguin est A rhésus négatif. Quel diagnostic retenez-vous finalement et pourquoi?

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

Quelle conduite à tenir proposez-vous?

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

La patiente revient vous voir en consultation deux mois plus tard et vous explique qu'ayant bien réfléchi, elle ne souhaite finalement pas d'autre enfant dans l'immédiat. Elle souhaite une contraception. Elle vous demande de la renseigner en priorité sur la possibilité de la mise en place d'un stérilet. Qu'en pensez-vous?

Afficher la réponse

QUESTION N° 6

Vous lui prescrivez finalement une pilule œstroprogestative. Quelles sont les contreindications formelles de cette méthode contraceptive? Quelles explications pratiques lui donnez-vous sur la prise de cette pilule si vous lui prescrivez une pilule minidosée à 30 γ d'éthinylestradiol?

Afficher la réponse

Retour au début

Réponses

QUESTION N° 1	**15*points***
Grossesse extra-utérine	10
Fausse couche spontanée (ou menace de fausse couche spontanée)	1
Infection urinaire	1
Appendicite	1
Infection pelvienne	1
Kyste ovarien droit et ses complications	1

QUESTION N° 2	**20*points***
Examens à visée diagnostique:	
• β-HCG quantitatives	8
• CRP	1
• bandelette urinaire et ECBU	1
• échographie pelvienne et endovaginale ± abdominale	8
Numération-formule sanguine	1
Bilan préopératoire:	1
• plaquettes, bilan de coagulation	
• groupage ABO, rhésus, phénotypé	

• recherche d'anticorps irréguliers

QUESTION N° 3	**15*points***
Grossesse extra-utérine droite car:	10
• facteurs de risque : tabac, infertilité	1
• tableau clinique évocateur : douleurs paroxystiques, métrorragies (fausses règles)	1
• β-HCG > 2 000 sans sac gestationnel intra-utérin visible, épanchement pelvien 3	
QUESTION N° 4	**20*points***
Urgence chirurgicale	5
Hospitalisation, laisser à jeun	5
Voie veineuse périphérique, bilan préopératoire	2
Surveillance pouls et TA	2
Visite préanesthésique urgente	1
Traitement chirurgical : cœlioscopie, salpingotomie ou salpingectomie en fonction de l'état de la trompe	4
Gammaglobulines anti-D	1
QUESTION N° 5	**10*points***
Méthode contraceptive déconseillée dans son cas:	10
• étant donné l'efficacité contraceptive des DIU, le risque de GEU est globalement faible avec un DIU	
• mais les antécédents de GEU (et de chirurgie tubaire) sont associés au risque de GEU chez les femmes porteuses de DIU	
QUESTION N° 6	**20*points***
Contre-indications formelles:	
• antécédents de maladie thromboembolique	1
• maladie thromboembolique évolutive	1
• valvulopathie cardiaque	1
• maladie coronarienne	1
• HTA (selon le degré : contre-indication formelle si TAS > 160 mmHg ou TAD > 100 mmHg)	1
• chirurgie majeure avec immobilisation prolongée	1
• antécédents AVC ou AVC évolutif	1
• facteurs de risque multiples cardiovasculaires (diabète, tabac, âge, etc.)	1
• anomalies prédisposant à la thrombophilie (facteur V de Leiden, facteur II, déficit en protéine C ou S, en antithrombine)	1
• diabète avec pathologie vasculaire (néphropathie, rétinopathie,	

neuropathie)	1
• cirrhose hépatique grave, tumeur hépatique bénigne ou maligne, hépatite évolutive	1
• migraine, chez les patientes de plus de 35 ans ou avec signes neurologiques focaux	1
• cancer du sein	1
• allaitement maternel	1
Aspects pratiques:	
• débuter la plaquette le premier jour des règles	2
• prendre sans oubli et à heure régulière 1 cp/j pendant 21 jours	2
• arrêter la pilule durant 7 jours, ce qui provoquera une hémorragie de privation	2



RÉFÉRENCE

ANAES (2004) : Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Document à l'usage des professionnels de santé. Recommandations professionnelles.



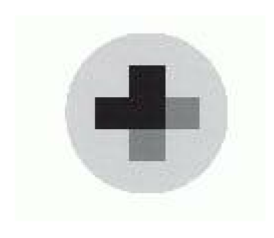
OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

Objectif principal :

N° 18 : Grossesse extra-utérine.

Objectif secondaire :

N° 27 : Contraception.



DIFFICULTÉ

2/3

Retour au début

Cas Clinique N° 27

Mme D. a 40 ans. Elle est suivie dans votre maternité pour sa première grossesse, obtenue par fécondation *in vitro*. Elle a pour antécédents une appendicectomie, une fausse couche spontanée précoce un an auparavant et une allergie au latex.

Le début de la grossesse s'est déroulé tout à fait normalement. Les échographies du premier et du deuxième trimestre étaient normales. Elle a bénéficié à 17 SA d'une amniocentèse hors convention pour âge maternel, montrant un caryotype normal. Au sixième mois, vous notiez un examen clinique normal, avec une pression artérielle à 120/80 mmHg, une HU à 23 cm, et un col long, fermé et postérieur.

Vous la recevez un mois plus tard, lors de la consultation systématique du septième mois, à 29 SA. À l'interrogatoire, les mouvements fœtaux sont bien perçus, il n'existe pas de métrorragies ou de pertes de liquide, pas de brûlures mictionnelles. Mme D. signale une dizaine de contractions utérines par jour.

Lorsque vous l'examinez, la pression artérielle est à 160/110 mmHg, contrôlée à 150/100 mmHg au repos. La HU est mesurée à 25 cm. La présentation est céphalique, les bruits du cœur fœtal sont entendus facilement, à 150 bpm. Au toucher, le col est milong, fermé, postérieur, non sollicité.

Elle vous montre les résultats des examens biologiques les plus récents. La sérologie toxoplasmose est toujours négative, la glycosurie est négative, l'albuminurie est à 0,8 g/L.

Questions

QUESTION N° 1

Quelle pathologie obstétricale évoquez-vous d'emblée et pourquoi? Quels signes recherchez-vous à l'interrogatoire et à l'examen clinique?

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

Quels examens complémentaires demandez-vous d'emblée?

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

Ces examens complémentaires vous permettent de confirmer la pathologie que vous évoquiez dès le départ. La pathologie est réelle, cependant il n'existe pas de signes de gravité, la tolérance fœtale et la tolérance maternelle sont pour l'instant correctes. Quelle conduite à

tenir proposez-vous?

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

Sur quelles complications peut déboucher cette pathologie?

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

Quels critères de gravité devez-vous rechercher au cours de la surveillance?

Afficher la réponse

QUESTION N° 6

À 31 SA, Mme D. présente brutalement des céphalées, des douleurs abdominales et des métrorragies d'abondance modérée. L'utérus est contracté et ne se relâche pas. La mise en place d'un monitorage montre une bradycardie fœtale à 90 bpm sans récupération spontanée. Quel diagnostic évoquez-vous et pourquoi? Quelle est votre conduite à tenir?

Afficher la réponse

QUESTION N° 7

Vous revoyez Mme D. deux mois plus tard. La pression artérielle est normalisée, l'albuminurie négative. Prescrivez-vous des examens complémentaires particuliers en vue d'une future grossesse? Prévoyez-vous d'emblée certaines thérapeutiques en cas de grossesse ultérieure?

Afficher la réponse

Retour au début

Réponses

QUESTION N° 1	**10*points***
Prééclampsie, car:	5
• facteurs de risque : âge maternel, grossesse obtenue par procréation médicalement assistée	
• apparition d'une HTA et d'une protéinurie au-delà de 20 SA	2
Signes cliniques recherchés:	

- œdèmes déclives, des mains, du visage — 1
- céphalées, acouphènes, myodésopsies — 1
- douleur épigastrique en barre (signe de Chaussier) — 1

QUESTION N° 2 — **10*points***

Albuminurie des 24 heures — 1

Bilan sanguin:

- numération-formule sanguine, numération plaquettaire, uricémie, transaminases ASAT et ALAT, LDH — 2
- ionogramme sanguin et créatininémie — 2
- bilan de coagulation (TP, TCA, fibrinogène) — 1

Échographie fœtale : biométrie, évaluation de la quantité de liquide amniotique, bien-être fœtal et score biophysique de Manning, examens Doppler (Doppler utérin, ombilical, cérébral et Doppler veineux du canal d'Arantius) — 2

Enregistrement cardiotocographique — 2

QUESTION N° 3 — **20*points***

Surveillance (en hospitalisation, le plus souvent) — 1

Repos (favoriser le décubitus latéral gauche) — 1

Surveillance de la tension artérielle 2 à 3 fois/24 heures — 1

Corticothérapie anténatale préventive (maturation pulmonaire) : bétaméthasone — 3

Traitement antihypertenseur si TA systolique ≥ 160 mmHg et/ou TA diastolique ≥ 100 mmHg : possibilités thérapeutiques = méthyldopa (Aldomet®), clonidine (Catapressan®), labétalol (Trandate®), nicardipine (Loxen®) — 4

Surveillance biologique 2 fois/semaine (albuminurie, numération-formule sanguine, numération plaquettaire, uricémie, transaminases ASAT et ALAT, LDH, ionogramme sanguin et créatininémie, bilan de coagulation (TP, TCA, fibrinogène) — 2

Enregistrement cardiotocographique 2 à 3 fois/j — 4

Échographie fœtale hebdomadaire : biométrie, évaluation de la quantité de liquide amniotique, bien-être fœtal et score biophysique de Manning, examens Doppler (Doppler utérin, ombilical, cérébral et Doppler veineux du canal d'Arantius) — 4

QUESTION N° 4 — **10*points***

Poussée hypertensive sévère résistante au traitement médical — 1

Hellp syndrom (*Hemolysis, Elevated Liver enzymes, Low Platelet count*) avec risque d'hématome sous-capsulaire du foie et de rupture hépatique — 1

Éclampsie — 2

Décollement prématuré du placenta normalement inséré (ou hématome rétroplacentaire)	1
Insuffisance rénale aiguë (nécrose corticale)	1
Complications rares : œdème aigu du poumon, infarctus du myocarde	1
Retard de croissance intra-utérin	1
Mort fœtale *in utero*	1
Prématurité	1

QUESTION N° 5 **20*points***

Troubles visuels (myodésopsies), auditifs (acouphènes)	1
Barre épigastrique, nausées, vomissements	2
Crise d'éclampsie	2
Oligurie	2
Hémolyse	2
RCIU	2
TA systolique ≥ 160 mmHg ou TA diastolique ≥ 110 mmHg	2
Protéinurie > 3,5 g/24 h	2
Élévation des transaminases ou des LDH	1
Chute des plaquettes < 100 000/mm^3	2
Créatininémie < 100 µmol/L	2

QUESTION N° 6 **15*points***

Décollement prématuré du placenta normalement inséré (DPPNI ou hématome rétroplacentaire), car: 10

- contexte de prééclampsie
- contracture utérine
- métrorragies
- bradycardie fœtale

Conduite à tenir: 5

- extraction fœtale urgente par césarienne
- attention : risques de troubles de la coagulation (coagulation intravasculaire disséminée) et d'hémorragie de la délivrance

QUESTION N° 7 **15*points***

Recherche de **thrombophilie** et de facteurs de risque de pathologie vasculaire placentaire: 5

- recherche de syndrome des anticorps antiphospholipides : anticoagulant circulant de type lupique, anticorps anticardiolipine (si négatif, recherche d'anticorps anti-β-2GP1)

• antithrombine
• recherche de déficit en protéine C
• recherche de déficit en protéine S
• recherche de résistance à la protéine V activée ou de facteur V de Leiden
• mutation du gène de la prothrombine (facteur II)

Lors d'une **grossesse ultérieure :**

• aspirine : 100 mg à 160 mg/j dès le premier trimestre de la grossesse et jusqu'à 35 SA 5
• associée éventuellement à une héparine de bas poids moléculaire si thrombophilie associée 5

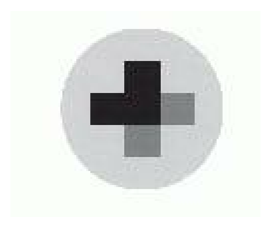

RÉFÉRENCE

Haute Autorité de santé (2003) : Thrombophilie et grossesse : prévention des risques thrombotiques maternels et placentaires. Conférence de consensus.


OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

N° 17 : Principales complications de la grossesse.

N° 218 : Syndrome prééclamptique.


DIFFICULTÉ

2/3

Retour au début

Cas Clinique N° 28

Mme X, 60 ans, ménopausée depuis sept ans, sous traitement hormonal substitutif (THS) depuis six ans, est régulièrement suivie.

Dans ses antécédents familiaux, une sœur a été traitée pour cancer du sein à l'âge de 53 ans. Elle n'a aucun antécédent personnel.

Elle découvre elle-même, à hauteur du sein, un nodule.

À l'examen clinique, vous observez :

- un nodule de 20 mm de diamètre, dur, mobile par rapport à la peau et au pectoral ;
- aspect cutané du sein normal, petite ride cutanée à l'élévation des bras en regard du nodule ;
- pas d'adénopathie axillaire D et G, ni sus-claviculaire.

Mme X est en très bon état général. Elle est sportive et ne se plaint de rien, en particulier pas de douleurs osseuses, pas de troubles digestifs.

Voici les clichés radiologiques de cette patiente *(voir figures 1 et 2)* :

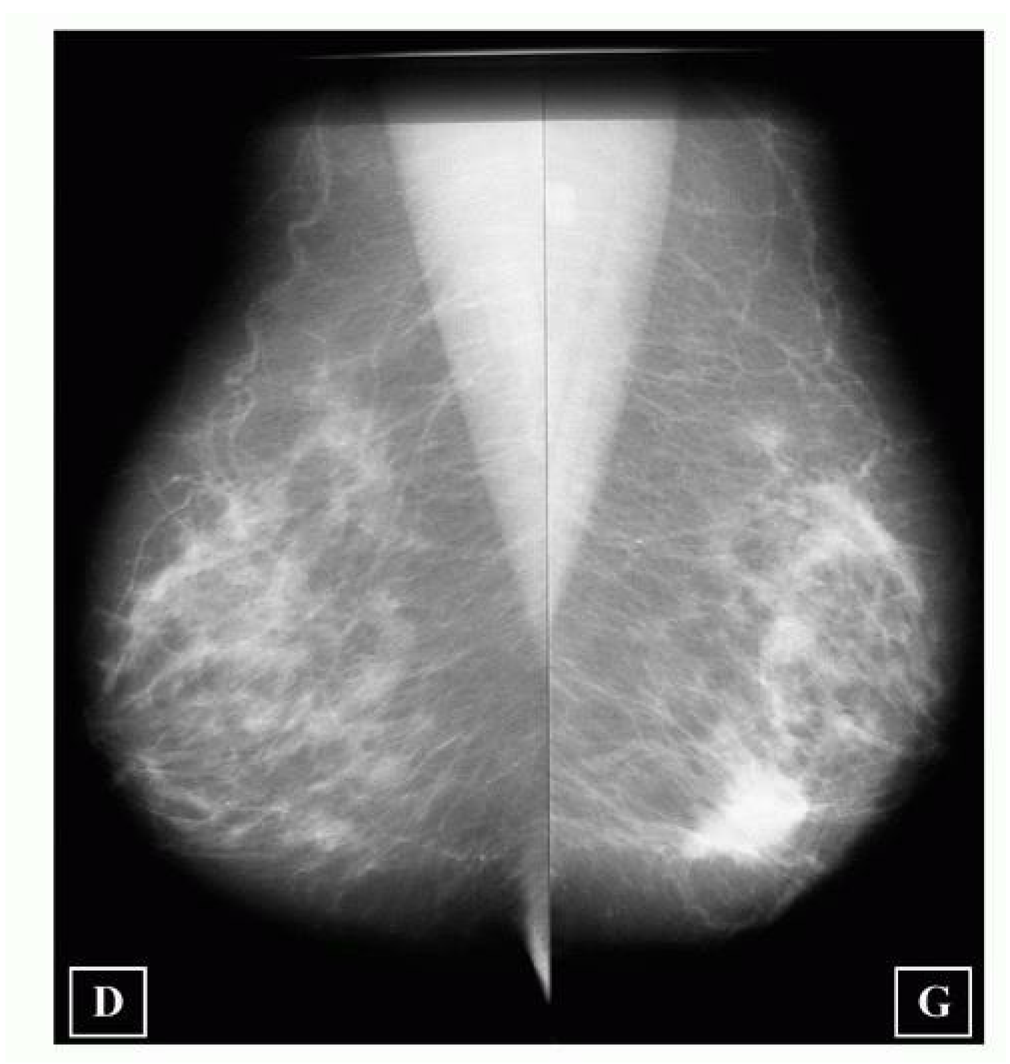


Figure 1 -Cliché mammographique en oblique

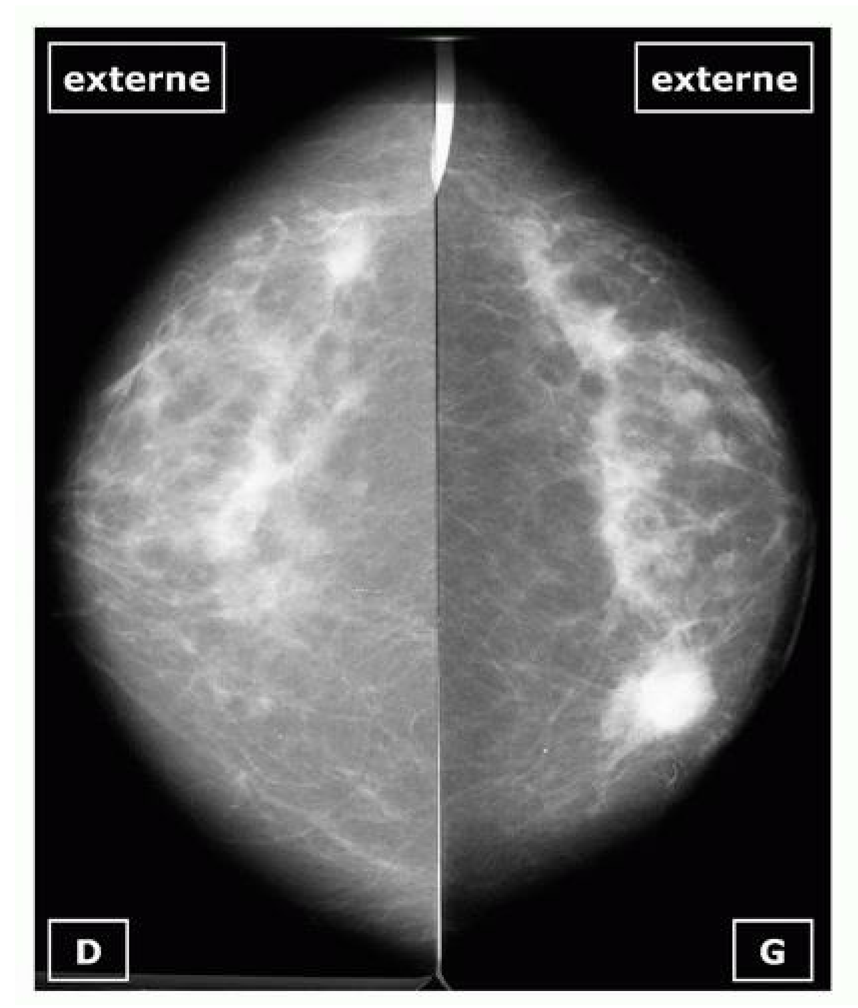


Figure 2 -Cliché mammographique de face

Questions

QUESTION N° 1

Quel est le diagnostic le plus probable? Justifiez.

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

Quelle est la classification ACR? Quelle est sa signification? Quelle est la localisation de l'image radiologique? Justifiez.

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

Le cliché échographique est le suivant *(voir figure 3)* :

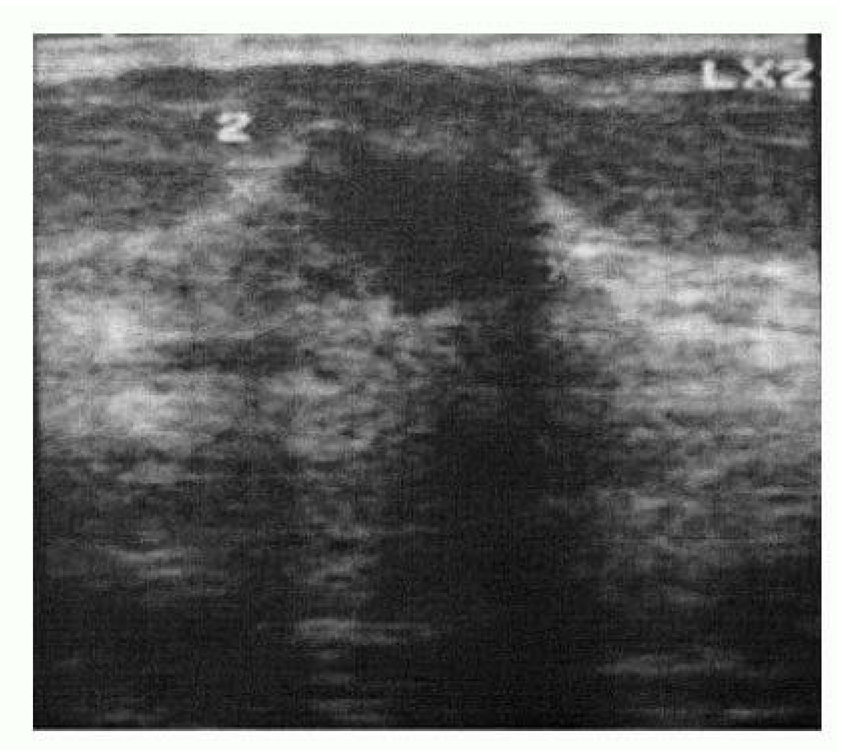


Figure 3 -Cliché échographique

Quels sont les arguments échographiques en faveur de votre diagnostic?

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

Quelle est la classification TNM?

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

Quels sont les autres moyens diagnostiques à mettre en œuvre chez cette patiente?

Afficher la réponse

QUESTION N° 6

Votre premier diagnostic est confirmé. Quelle conduite chirurgicale proposez-vous?

Afficher la réponse

Retour au début

Réponses

QUESTION N° 1 **20*points***

Cancer du sein gauche: 10

• arguments cliniques : antécédents familiaux, âge, palpation d'une tumeur mammaire, ride cutanée en regard de la tumeur, facteur de risque favorisant (THS) 5

• argument radiologique : image stellaire et bord irrégulier à centre dense 5

QUESTION N° 2 **20*points***

Classification ACR (*American College of Radiology*) : 5 = suspicion de cancer du sein 5

L'image est inféro-interne gauche: 15

• le cliché de face permet une analyse de position interne ou externe

• le cliché de profil permet une analyse de position supérieure ou inférieure

QUESTION N° 3 **20*points***

Image irrégulière à limites floues 6

Absorbe les ultrasons 9

Hauteur ≥ largeur 5

QUESTION N° 4 **10*points***

Classification TNM : T1c N0 M0 10

QUESTION N° 5 **10*points***

Microbiopsie mammaire sous contrôle échographique: 5

• permet un diagnostic histologique

• tumeur visible en échographie

• permet de prévoir une chirurgie complète avec prélèvement ganglionnaire

• évite l'examen extemporané

• rare hématome, toujours de petit volume

Cytoponction possible: 5

• diagnostic cytologique

• risque de faux négatif

• ne dispense pas d'un examen extemporané

QUESTION N° 6 **20*points***

Tumorectomie, car: 10

• tumeur < 3 cm

• localisation non rétroaréolaire

• unifocalité

• tumeur palpable qui ne nécessite pas de mise en place d'un repérage métallique

Prélèvement ganglionnaire = curage axillaire ou ganglion sentinelle: 10

- permet une évaluation pronostique pour la mise en place de thérapeutiques adjuvantes
- intérêt thérapeutique du curage axillaire si N +
- si technique du ganglion sentinelle, un examen extemporané (par apparition ganglionnaire ou coupe en congélation) doit être fait ; si N +, le curage axillaire complémentaire est obligatoire



RÉFÉRENCE

HAS. www.has-sante.fr



OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

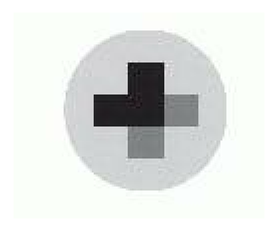
Objectif principal :

N° 159 : Tumeurs du sein.

Objectifs secondaires :

N° 140 : Diagnostic des cancers : signes d'appel et investigations paracliniques, stadification, pronostic.

N° 141 : Traitement des cancers : chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie, hormonothérapie. La décision thérapeutique multidisciplinaire et l'information du malade.



DIFFICULTÉ

2/3

Retour au début

Cas Clinique N° 29

Mme Y a 42 ans. Dans ses antécédents familiaux, on retrouve une sœur et deux cousines atteintes d'un cancer du sein, dont une à l'âge de 32 ans, et sa grand-mère maternelle atteinte d'un cancer ovarien.

Elle est suivie régulièrement par son gynécologue pour une contraception orale. Elle se plaint surtout de mastodynies. L'examen mammaire est normal, douloureux, pas d'adénopathie axillaire ni à droite ni à gauche.

Elle vous apporte sa mammographie et son échographie : l'échographie est normale *(voir figure 1)*.

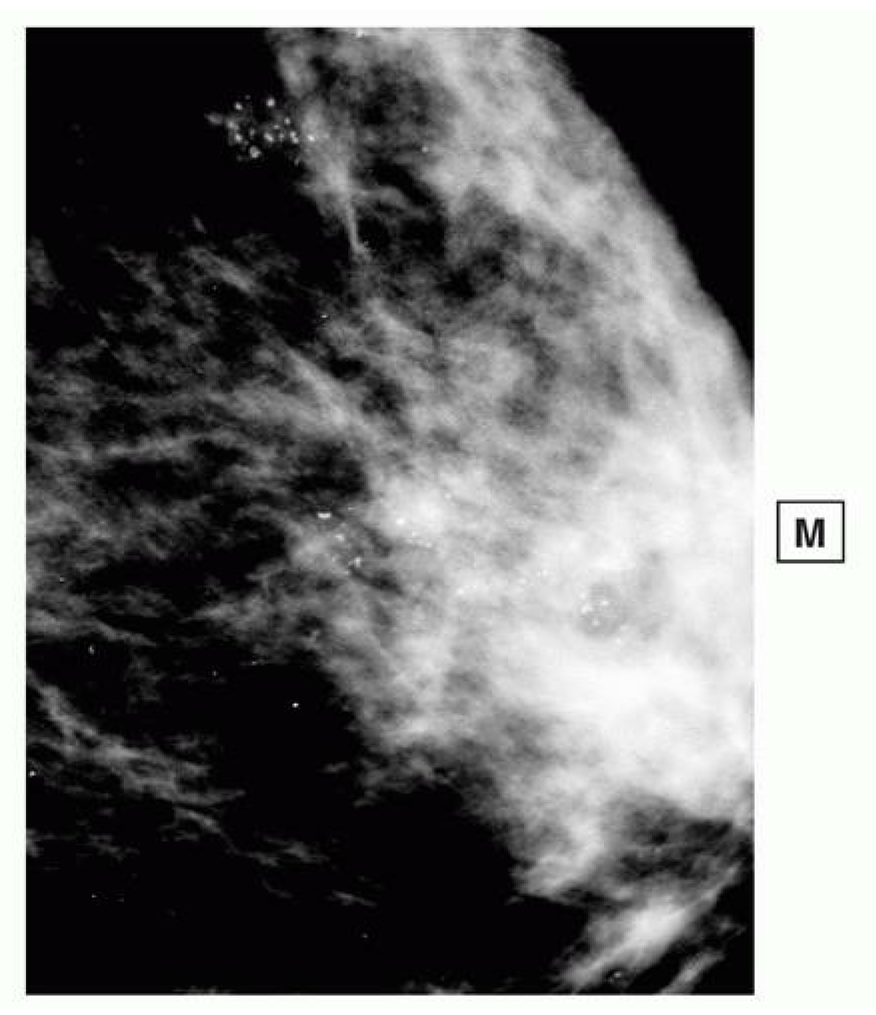


Figure 1 -Cliché agrandi de profil : zone aréolaire et supérieure
M = mamelon

Questions

QUESTION N° 1

Faites la description du cliché ci-dessus. Donnez la classification ACR.

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

Quels moyens diagnostiques proposez-vous à cette patiente?

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

Quels sont les diagnostics histologiques possibles et leur proportion devant de telles images mammographiques?

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

À hauteur des deux foyers, des lésions de carcinome canalaire sont retrouvées *in situ,* de type comédocarcinome de haut grade ; pas de foyer invasif. Que proposez-vous comme thérapeutique? Justifiez.

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

Devant les antécédents familiaux de cette patiente, que lui proposez-vous?

Afficher la réponse

QUESTION N° 6

La patiente souhaite un stérilet comme moyen contraceptif. Que lui proposez-vous?

Afficher la réponse

Retour au début

Réponses

QUESTION N° 1	**15*points***
Deux foyers de microcalcifications:	5
• polymorphes, irrégulières	4
• nombreuses	1
Classification : ACR4	5

QUESTION N° 2 **20*points***

Techniques interventionnelles non chirurgicales: 10

• double macrobiopsie sous Mammotome®

• ou double microbiopsie sous stéréotaxie

- permettent un diagnostic histologique
- permettent d'établir une stratégie de surveillance ou chirurgicale
- techniques moins invasives que le geste chirurgical

Technique chirurgicale : double zonectomie après repérage métallique et contrôle par Faxitron® peropératoire (= radiographie de la pièce opératoire) 10

QUESTION N° 3 **15*points***

Pathologie maligne type carcinome canalaire *in situ* : 50% 10

Pathologie bénigne type mastose avec hyperplasie atypique ou non : 50% 5

QUESTION N° 4 **20*points***

Mastectomie simple ou mastectomie avec conservation de l'étui cutané et reconstruction immédiate, car il y a une forte suspicion d'atteinte de l'ensemble du sein, sur les arguments suivants: 10

• bifocalité

• comédocarcinome

• haut grade

• jeune âge

• antécédents familiaux

Il n'a pas d'indication de curage axillaire complet: 10

• soit pas de prélèvement ganglionnaire

• soit recherche du ganglion sentinelle car faible risque d'atteinte ganglionnaire ; en cas de carcinome canalaire *in situ,* l'atteinte ganglionnaire est liée aux foyers de micro-invasion méconnus

QUESTION N° 5 **15*points***

Recherche d'une mutation BRCA1, BRCA2 5

Enquête en oncogénétique 5

Recherche d'une forme héréditaire de cancer du sein 5

QUESTION N° 6 **15*points***

Les stérilets au cuivre et le stérilet hormonal (Mirena®) peuvent être proposés malgré les antécédents 5

Si l'enquête oncogénétique révèle une mutation BRCA, on peut proposer comme alternative une ovariectomie 5

car il existe dans ce cas un risque important (entre 20 et 50 %) de tumeur

 RÉFÉRENCE

HAS. www.has-sante.fr

 OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

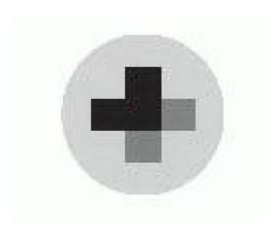
Objectif principal :

N° 140 : Diagnostic des cancers : signes d'appel et investigations paracliniques, stadification, pronostic.

Objectifs secondaires :

N° 139 : Facteurs de risque, prévention et dépistage des cancers.

N° 141 : Traitement des cancers : chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie, hormonothérapie. La décision thérapeutique multidisciplinaire et l'information du malade.

 DIFFICULTÉ

3/3

Retour au début

Cas Clinique N° 30

Mme L., 56 ans, découvre elle-même une tumeur de 45 mm de dia mètre, au quadrant supéro-externe du sein gauche. Il n'y a pas de signes inflammatoires locaux, la tumeur est mobile par rapport à la peau et au pectoral. Il existe une adénopathie palpable axillaire gauche de 20 mm de diamètre, mobile, dure, sans signe compressif axillaire.

Pas d'adénopathie sus-claviculaire.

La patiente n'a aucun antécédent médical ni chirurgical ; elle est ménopausée, et ne suit pas de traitement hormonal substitutif (THS).

Les clichés de cette patiente sont les suivants *(voir figures 1 et 2)* :

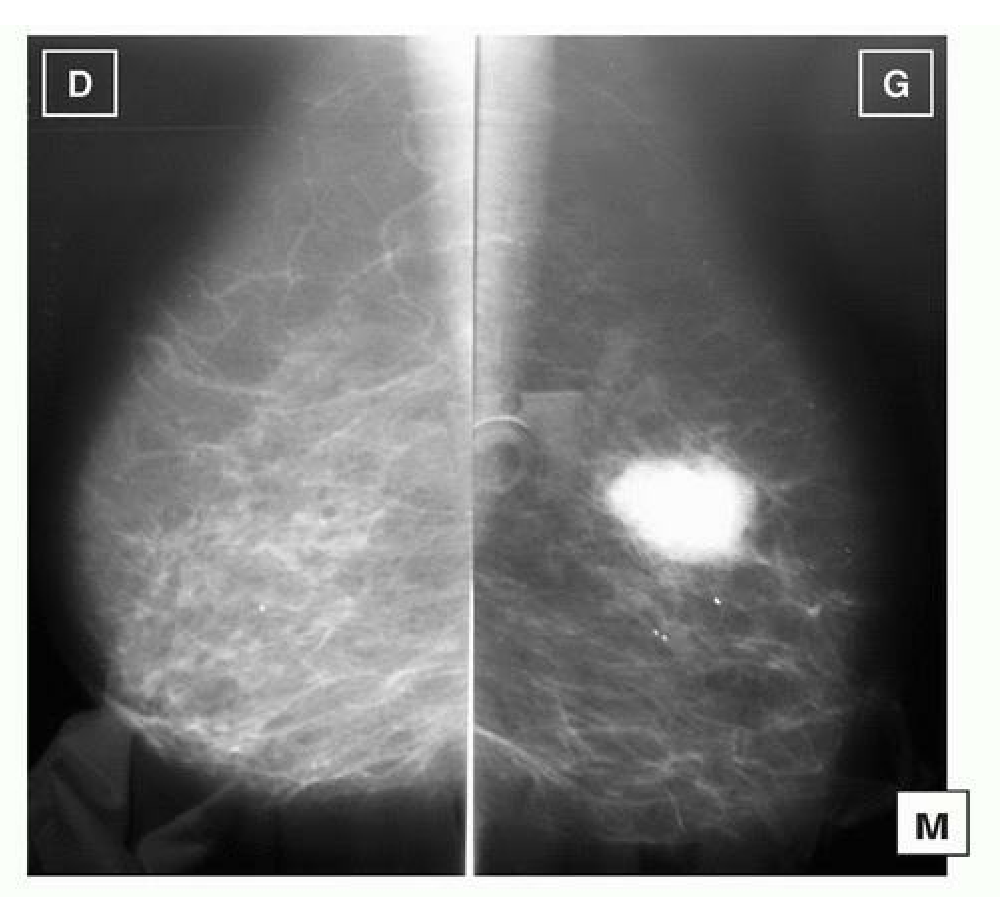


Figure 1 -Cliché mammographique en oblique

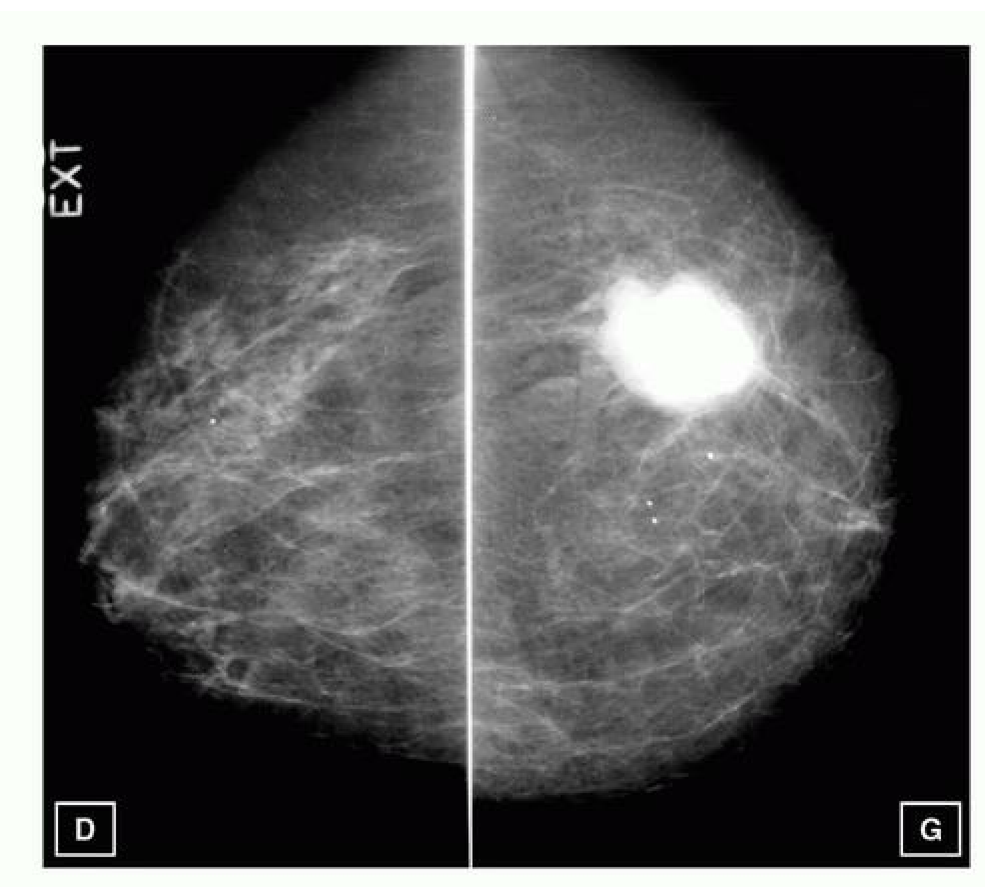


Figure 2 -Cliché mammographique de face

Questions

QUESTION N° 1

Quel diagnostic évoquer? Donnez vos arguments cliniques et mammographiques.

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

Quel bilan pratiquez-vous avant de proposer une conduite à tenir?

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

La microbiopsie confirme le diagnostic évoqué précédemment. Le bilan d'extension est négatif. Quelles sont les deux possibilités thérapeutiques?

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

Quels sont les types de drogues utilisées pour la chimiothérapie de Mme L.? Donnez les deux classes les plus importantes.

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

Quel est le bilan clinique et paraclinique avant chimiothérapie?

Afficher la réponse

QUESTION N° 6

Quelle que soit la thérapeutique choisie, faut-il proposer une radiothérapie complémentaire? Justifiez.

Afficher la réponse

Retour au début

Réponses

QUESTION N° 1	**15*points***
Cancer du sein gauche sur:	5
• des arguments cliniques:	
- âge	
- tumeur palpable associée à une adénopathie dure, de gros volume, suspecte	5
• des arguments mammographiques:	
- surdensité	3
- bord flou ou stellaire	2
QUESTION N° 2	**15*points***
Microbiopsie mammaire : permet un diagnostic de certitude, permet de caractériser la tumeur (type histologique, récepteurs hormonaux)	3
Exploration mammaire, qui peut être complétée par une échographie mammaire et une IRM, par la recherche d'une éventuelle multifocalité	2
Bilan d'extension, par la recherche de métastases à distance:	5
• scanner thoracique et abdominal (échographie hépatique et RP possible)	
• scintigraphie osseuse	
Marqueurs tumoraux CA 15-3 : ACE, car il s'agit d'une tumeur de gros volume	5
QUESTION N° 3	**25*points***

Chimiothérapie néoadjuvante puis tumorectomie et curage axillaire gauche	10
ou mastectomie avec curage axillaire gauche, chimiothérapie postopératoire	10
car:	
• tumeur de gros volume, > 3 cm	2
• tumeur unifocale	1
• bilan d'extension négatif	1
• pas d'antécédents médicaux qui contre-indiquent la chimiothérapie	1

QUESTION N° 4 **15*points***

Anthracyclines	8
Taxanes	7

QUESTION N° 5 **15*points***

Examen clinique complet	3
Poids	3
ECG	3
Échographie cardiaque	3
Prélèvement sanguin:	3

• NF
• bilan hépatique
• urée, créatininémie

QUESTION N° 6 **15*points***

Oui, si traitement conservateur : radiothérapie systématique, mammaire et ganglionnaire	10
Oui, si mastectomie, car tumeur > 35 mm de diamètre : radiothérapie pariétale et ganglionnaire car adénopathie palpable suspecte avant le début du traitement	5



RÉFÉRENCE

HAS. www.has-sante.fr



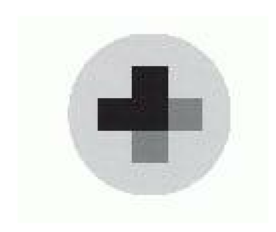
OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

Objectif principal :

N° 141 : Traitement des cancers : chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie, hormonothérapie. La décision thérapeutique multidisciplinaire et l'information du malade.

Objectif secondaire :

N° 140 : Diagnostic des cancers : signes d'appel et investigations paracliniques, stadification, pronostic.

 DIFFICULTÉ

2/3

Retour au début

Cas Clinique N° 31

Mme Z, 68 ans, sans antécédents médicochirurgicaux notables, ménopausée depuis l'âge de 50 ans, a suivi un traitement hormonal substitutif (THS) pendant un an à l'âge de 51 ans et a ensuite arrêté. Elle présente un petit nodule du quadrant supéro-externe droit ; elle l'a découvert elle-même.

Ce nodule mesure 15 mm de diamètre, est mobile, sans signe inflammatoire local, les aires axillaire et sus-claviculaire sont libres. L'examen du sein gauche est normal. Une microbiopsie fait le diagnostic d'adénocarcinome infiltrant.

Questions

QUESTION N° 1

Quelle intervention chirurgicale proposer? Justifiez votre réponse.

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

Les résultats anatomopathologiques sont obtenus trois jours plus tard : adénocarcinome infiltrant de 10 mm, résection *in sano,* pas de carcinome canalaire *in situ* associé, SBR I, pas d'embole vasculaire, 0/11 ganglions, RE + 80%, RP + 70%. Proposez-vous une chimiothérapie complémentaire? Justifiez.

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

Quels traitements adjuvants proposer?

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

Dans le cas de cette patiente, faut-il faire un bilan d'extension de façon systématique?

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

Quelle est la surveillance à proposer à cette patiente?

Afficher la réponse

QUESTION N° 6

Cinq ans après la fin des traitements, la patiente présente une douleur thoracique droite brutale avec une dyspnée modérée et non positionnelle. Depuis trois jours, Mme Z présente une « crampe » dans le mollet droit à la marche. La radiographie pulmonaire montre un épanchement pulmonaire minime dans le cul-de-sac diaphragmatique droit. Quelle est votre stratégie diagnostique initiale?

Afficher la réponse

Retour au début

Réponses

QUESTION N° 1	**20*points***
Tumorectomie:	5
• tumeur unifocale	3
• < 3 cm	2
Prélèvement ganglionnaire soit ganglion sentinelle, soit curage axillaire:	5
• car tumeur infiltrante	2
• nécessaire au traitement si N +	2
• si N -, donne un renseignement d'ordre pronostique pour la mise en place des thérapeutiques adjuvantes	1

QUESTION N° 2	**20*points***
Non, car tous les critères de bon pronostic sont réunis:	10
• SBR I	2
• pas d'embole	1
• récepteurs hormonaux positifs	2
• N -	2
• taille < 20 mm	2
• femme ménopausée	1

QUESTION N° 3	**20*points***
Radiothérapie mammaire (après cicatrisation)	10
Pas de radiothérapie ganglionnaire car N -	5
Hormonothérapie type antiaromatase (antiœstrogènes), à débuter après la radiothérapie pour une durée de 5 ans, car patiente ménopausée, tumeur RE +, RP +	5

QUESTION N° 4	**20*points***
Non, car N - : risque d'atteinte métastatique inférieur 1%	10

Bilan d'extension fait uniquement sur signe d'appel clinique 10

QUESTION N° 5	**10*points***
Examen clinique:	2
• tous les 4 mois la première année	
• tous les 6 mois pendant 5 ans	
• annuel ensuite	
Mammographie annuelle	3
Pas de dosage ACE et CA 15-3 en routine	2
Scanner thoracique et abdominal, scintigraphie osseuse ou scanner cérébral uniquement sur point d'appel clinique	3

QUESTION N° 6	**10*points***
Il faut rechercher en priorité une embolie pulmonaire	3
• car l'anamnèse est évocatrice	1
• et il s'agit d'une urgence thérapeutique	1
La demande portera sur:	
• un écho-Doppler des membres inférieurs en urgence à la recherche d'une thrombose veineuse profonde	1
• un angioscanner à la recherche d'un thrombus pulmonaire ou d'une éventuelle localisation métastatique	1
• un dosage des D-dimères	1
• un ECG avec un dosage des troponines	1
Si l'embolie pulmonaire est confirmée, il faut en évaluer le retentissement	0
Dès que les premiers éléments diagnostiques sont confirmatifs, un traitement anticoagulant est entrepris en urgence	0
En l'absence de diagnostic d'embolie pulmonaire, il faut rechercher une localisation métastatique pulmonaire ou pleurale	1



RÉFÉRENCE

HAS. www.has-sante.fr



OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

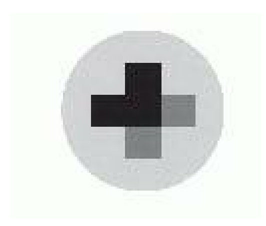
Objectifs principaux :

N° 141 : Traitement des cancers : chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie, hormonothérapie. La décision thérapeutique multidisciplinaire et l'information du malade.

N° 159 : Tumeurs du sein.

Objectif secondaire :

N° 140 : Diagnostic des cancers : signes d'appel et investigations paracliniques, stadification, pronostic.

 DIFFICULTÉ

2/3

Retour au début

Cas Clinique N° 32

Mme X, 39 ans, consulte le 15 septembre 2010 pour un début de grossesse présumé.

Elle n'a pas d'antécédents particuliers. Il s'agit de sa seconde grossesse. La première s'était terminée par une fausse couche précoce survenue à neuf semaines et avait nécessité une aspiration.

Dans ses antécédents médicaux familiaux, on relève chez sa mère l'existence d'un état diabétique apparu à 50 ans et ne nécessitant pas de traitement à l'insuline.

Pas d'antécédents médicaux personnels notables. Pas d'antécédents chirurgicaux. Son groupe sanguin est O-, Kell+.

Mme X est immunisée contre la rubéole (sérologie positive effectuée lors de la consultation prénuptiale).

Sa taille est de 1,53 m, son poids de 75 kg.

Ses dernières règles datent du 14 juillet 2010. Ses cycles sont habituellement réguliers : 28 jours.

Questions

QUESTION N° 1

Quels examens biologiques faut-il prescrire ou lui conseiller à l'occasion de la déclaration de grossesse?

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

Quelle est la date présumée de début de grossesse, et donc la date prévisible d'accouchement? Comment la préciser éventuellement?

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

Si la grossesse évolue normalement, quelle sera la durée des congés périnataux de Mme X?

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

Quand faudra-t-il lui conseiller de réaliser les examens de surveillance échographique et dans quel but?

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

L'échographie réalisée à 13 SA révèle une mesure de la clarté nucale égale à 4 mm. Que faut-il proposer à Mme X? Pourquoi?

Afficher la réponse

QUESTION N° 6

La surveillance échographique ne révèle pas d'anomalie foetale. La patiente a vu son médecin traitant pour un syndrome infectieux. Une sérologie CMV révèle la présence d'IgM et d'IgG à 158 UI/L. Quels sont les diagnostics possibles? Comment les confirmer rapidement?

Afficher la réponse

Retour au début

Réponses

QUESTION N° 1	**15*points***
Glycémie à jeun	2
Recherche de sucre et d'albumine dans les urines	2
Sérologie toxoplasmose	2
Sérologie syphilis	2
Recherche d'anticorps irréguliers	2
Sérologie VIH	2
Marqueurs sériques de la trisomie 21 lors de l'échographie du 1er trimestre (pas d'amniocentèse systématique pour âge maternel)	3
QUESTION N° 2	**15*points***
Début de grossesse : 28 juillet 2010	5
Date prévisible d'accouchement : 24 avril 2011 (14 juillet + 10 jours + 9 mois)	5
On peut la préciser en réalisant une échographie avec biométrie, mesure de la longueur craniocaudale	5
QUESTION N° 3	**20*points***
Congé prénatal : 6 semaines	10

Congé de grossesse pathologique supplémentaire : 2 semaines éventuellement 5 Congé postnatal : 10 semaines	5
QUESTION N° 4	**20*points***
Échographie du 1er trimestre, vers 12 SA: mesure de la clarté nucale, vérification de la vitalité, dépistage des grossesses à risque, précision de l'âge gestationnel	10
Échographie du 2e trimestre, à 22-24 SA: étude morphologique	5
Échographie du 3e trimestre, à 32-35 SA: présentation, placenta, biométrie, morphologie	5
QUESTION N° 5	**10*points***
Risque accru d'anomalies chromosomiques ou de malformations foetales	5
Il faut proposer la réalisation d'un caryotype foetal (même sans résultat des marqueurs sériques, car la clarté nucale est supérieure à 3,5 mm)	3
Si le caryotype est normal, un examen morphologique approfondi du foetus doit être réalisé en échographie (notamment échographie cardiaque foetale)	2
QUESTION N° 6	**10*points***
Infection ancienne avec persistance d'IgM fréquente dans le cas du CMV	2
Séroconversion par infection récente à CMV	2
Il s'agit alors de tester des sérums de début de grossesse conservés par le laboratoire d'analyse. Si le résultat est identique, cela confortera l'hypothèse d'une infection ancienne	2
Contrôle sérologique possibleà 15 jours pour évaluer l'évolution des taux d'anticorps	2
Recherche d'une virémie CMV par PCR en faveur d'une infection récente	2

Si la virémie est positive et que le taux d'anticorps augmente, on peut suspecter une primo-infection à CMV (voire une réactivation virale ou une réinfection).

Dans ce cas, la patiente est adressée à un centre de diagnostic prénatal pour une échographie foetale détaillée à la recherche de signes d'infections (RCIU affectant le périmètre crânien, anomalie cérébrale, intestin hyperéchogène, etc.).

Une amniocentèse peut être proposée, préférentiellement en cas de signe échographique.

Une IRM foetale peut être réalisée pour analyser le cerveau foetal et préciser le pronostic.

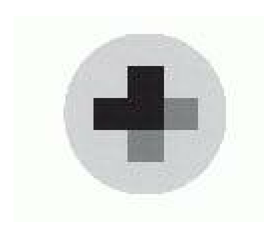
 RÉFÉRENCE

HAS. www.has-sante.fr

 OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

N° 16 : Grossesse normale. Besoins nutritionnels d'une femme enceinte.

N° 20: Prévention des risques foetaux : infection, médicaments, toxiques, irradiation.

 DIFFICULTÉ

3/3

Retour au début

Cas Clinique N° 33

Mme X est primigeste :

- groupe sanguin : A-, Kell+ ;
- sérologie toxoplasmose +, rubéole +.

Le terme est prévu le 1er octobre 2004.

La grossesse de Mme X est d'évolution clinique, biologique et échographique parfaitement normale. Elle se présente à la maternité le 28 septembre, en début de travail.

Le rythme cardiaque foetal est normal. Les contractions utérines sont fortes, très réguliè res. Le col est souple, centré, dilaté à 3 cm. La poche des eaux est rompue, le liquide amniotique clair.

Mme X souhaite une anesthésie péridurale.

Questions

QUESTION N° 1

Quels examens biologiques rechercher dans le dossier en vue de la réalisation de l'anesthésie péridurale et de l'accouchement?

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

Mme X accouche le 28 septembre à 12 h 40 d'une petite fille de 3 280 g. Quel examen clinique permet d'évaluer l'état de l'enfant à la naissance? Pouvez-vous détailler cet examen?

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

Quel examen biologique faut-il réaliser sur le sang du cordon? Quelle conséquence thérapeutique tirer éventuellement du résultat de cet examen?

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

Vingt minutes après l'accouchement, la délivrance n'est toujours pas faite. Quel geste

thérapeutique faut-il réaliser?

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

Mme X a choisi de ne pas allaiter son enfant et souhaiterait une contraception fiable. Quelle prescription établissez-vous pour éviter la montée de lait? Quel médicament prescrire? Quand faut-il commencer le traitement?

Afficher la réponse

QUESTION N° 6

Mme X signale que son frère, qui lui a rendu visite, a un fils chez qui le diagnostic de varicelle vient d'être porté. Comment évaluer le risque d'infection varicelleuse chez sa petite fille?

Afficher la réponse

Retour au début

Réponses

QUESTION N° 1	**10*points***
Groupe sanguin	3
Recherche d'anticorps irréguliers	2
Bilan de coagulation	2
Numération plaquettaire	3

QUESTION N° 2	**30*points***
Le score d'Apgar:	10
• couleur : 0 = bleu-blanc, 1 = extrémités cyanosées, 2 = rose	2
• tonus : 0 = hypotonie majeure, 1 = hypotonie modérée, 2 = tonique	2
• rythme cardiaque : 0 = pas de BDC, 1 = < 100, 2 = > 100	2
• respiration : 0 = rien, 1 = quelques mouvements respiratoires, 2 = normal	2
• réactivité : 0 = rien, 1 = grimaces, 2 = cris	2
• 0 = état de mort apparente	4
• 10 = normal	4
Le score d'Apgar est évalué à 1,3 et 5 minutes (voire 10 minutes…)	2

QUESTION N° 3	**15*points***
Groupage sanguin du foetus	10

Si le groupe sanguin du bébé est positif, il faut envisager une injection de gammaglobulines anti-D dans le but de prévenir une allo-immunisation foetomaternelle (Rhophylac®)	5
QUESTION N° 4	**10*points***
Une délivrance artificielle (complétée d'une révision utérine)	10
En cas de saignement anormal (supérieur à 500 mL), il faut compléter par une révision de la filière génitale à l'aide de valves vaginales	
QUESTION N° 5	**15*points***
Bromocriptine:	10
• 2 cp/j pendant 3 semaines	1
• à débuter dès le lendemain de l'accouchement	1
• contre-indiquée en cas d'hypertension artérielle (préférer Vasobral®)	3
QUESTION N° 6	**20*points***
Si la patiente a déjà fait une varicelle (carnet de santé, ATCD connu), le risque pour son nouveau-né est nul car il dispose des anticorps maternels	10
Si son frère a déjà présenté une varicelle, le risque de transmission au nouveauné est nul, même si la patiente n'est pas immunisée, car il n'est pas contagieux	4
Si aucun des deux n'a fait la varicelle (on peut s'aider des sérologies), dans la mesure où l'oncle est potentiellement contagieux s'il développe lui-même rapidement une varicelle, un traitement préventif peut être envisagé chez le nouveau-né (risque de varicelle grave possible chez le nouveau-né contaminé avant 10 jours de vie) par des gammaglobulines spécifiques ou de l'acyclovir	6



OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

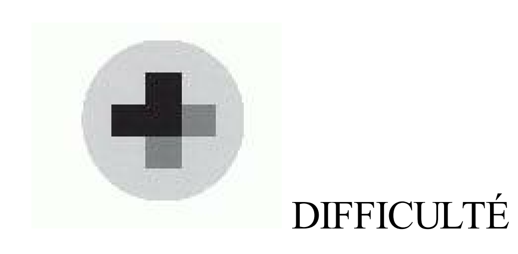
Objectif principal :

N° 22 : Accouchement, délivrance et suites de couches normales.

Objectifs secondaires :

N° 20: Prévention des risques foetaux : infection, médicaments, toxiques, irradiation.

N° 23 : Évaluation et soins du nouveau-né à terme.

 DIFFICULTÉ

2/3

Retour au début

Cas Clinique N° 34

Mme L., âgée de 68 ans, ménopausée depuis vingt ans, consulte à la suite de l'apparition d'un petit épisode de saignements il y a un mois et de troubles digestifs avec ralentissement du transit depuis quatre mois.

Antécédents médicaux :

- hypertension artérielle traitée ;
- colopathie fonctionnelle.

Antécédents chirurgicaux : néant.

Antécédents gynécologiques et obstétricaux :

- premières règles à 13 ans ;
- ménopause depuis vingt ans ;
- traitement hormonal substitutif (THS) pendant cinq ans ;
- cancer du sein traité il y a dix ans par chirurgie conservatrice, radiothérapie et hormonothérapie pendant cinq ans.

L'état général de cette patiente est bon. Sa taille est de 1,60 m, son poids de 70 kg (elle a perdu 3 kg en un mois).

L'examen mammaire est sans particularité. Le col de l'utérus paraît sain : un frottis est réalisé qui s'avérera normal. Le toucher vaginal note un utérus légèrement augmentéde volume avec une masse latéralisée du cô droit.

Questions

QUESTION N° 1

Quelles sont les hypothèses diagnostiques? Explicitez et hiérarchisez votre réponse.

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

Quel bilan demandez-vous pour orienter votre diagnostic et votre prise en charge?

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

Votre bilan oriente vers une pathologie annexielle, probablement maligne, au stade 2a. Que cela signifie-t-il? Quelle est votre attitude initiale?

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

Un traitement complémentaire sera-t-il nécessaire? Si oui, lequel?

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

Quelle surveillance adopter après la prise en charge initiale et quel est le pronostic?

Afficher la réponse

QUESTION N° 6

L'interrogatoire de la famille révèle secondairement deux cas de tumeur ovarienne chez deux soeurs de Mme L. et deux cas de cancer du sein à 32 et 35 ans chez une tante maternelle et chez sa troisième soeur. Ces affections au sein de la famille peuvent-elles avoir un lien entre elles et comment le confirmer?

Afficher la réponse

Retour au début

Réponses

QUESTION N° 1	**20*points***
Pathologies gynécologiques malignes avec altération de l'état général et contexte (âge, ménopause):	
• cancer de l'endomètre:	5
- métrorragies postménopausiques	
- hormonothérapie par tamoxifène	
- utérus augmenté de volume	
• cancer de l'ovaire:	5
- troubles du transit	
- masse latéro-utérine	
- antécédents de cancer du sein	

• métastases ovariennes d'un cancer du sein	3
• tumeur digestive	2
Pathologies bénignes:	
• fibrome sous-séreux	2
• kyste organique de l'ovaire	2
• atrophie de l'endomètre	1

QUESTION N° 2 **20*points***

Bilan clinique : prélèvement endométrial	5
Bilan biologique : numération-formule plaquettaire, marqueurs tumoraux (CA 15-3, CA 19-9, ACE, CA 125)	1
Échographie abdominopelvienne, avec:	10
• étude de l'utérus, myomètre et endomètre	
• étude de la masse latéro-utérine	
• recherche d'ascite	
• morphologie hépatique	
Scanner thorax-abdomen-pelvis:	1
• recherche de lésions utéroannexielles, d'ascite et de signes de carcinose péritonéale	
• étude des relais ganglionnaires pelviens et lomboaortiques	
• recherche de métastases pulmonaires	
Hystéroscopie avec curetage biopsique étagé du fait des métrorragies	3

QUESTION N° 3 **20*points***

Tumeur au stade 2a : carcinome ovarien avec atteinte de l'utérus et/ou de la trompe et cytologie péritonéale négative	10
Prise en charge chirurgicale initiale:	
• laparotomie médiane sous-ombilicale	2
• exploration de la cavité abdominopelvienne	2
• cytologie péritonéale	2
• hystérectomie totale extrafasciale avec annexectomie bilatérale, omentectomie, appendicectomie si forme mucineuse	4

QUESTION N° 4 **20*points***

Oui, un traitement complémentaire est nécessaire:	
• polychimiothérapie incluant un taxane et un sel de platine, pour 6 à 8 cures, espacées de 3 semaines (par exemple : carboplatine-Taxol®)	15
• surveillance rénale et hématologique	5

QUESTION N° 5 **10*points***

Surveillance:

• surveillance clinique : état général, tolérance des traitements, palpation abdominale et mammaire, TV (tous les 6 mois pendant 5 ans)	3
• surveillance biologique : CA 125 +++, CA 15-3 _ ACE et CA 19-9 si forme mucineuse (tous les 6 mois, puis annuellement)	5
• échographie abdominopelvienne ou scanner et IRM si anomalie Pronostic : 40% de survie à 5 ans	2

QUESTION N° 6 **10*points***

Les antécédents personnels et familiaux peuvent s'expliquer par la présence d'une mutation BRCA1 ou BRCA dans la famille	4
Il s'agit d'une affection génétique à caractère autosomique dominant	3
Il faut adresser la patiente en consultation d'oncogénétique afin de préciser l'histoire familiale et de rechercher la mutation	3

La présence de la mutation peut avoir des conséquences pour les autres membres de la famille.



RÉFÉRENCE

Institut de cancérologie Gustave Roussy (2011) : Oncogénétique. www.igr.fr

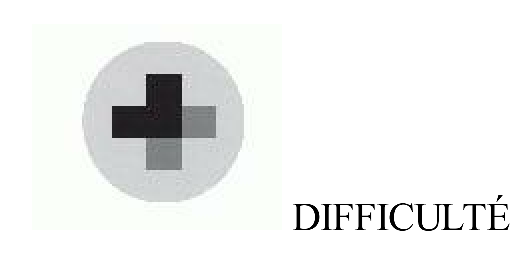


OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

N° 139 : Facteurs de risque, prévention et dépistage des cancers.

N° 153 : Tumeurs de l'ovaire.

N° 342 : Tuméfaction pelvienne chez la femme.

 DIFFICULTÉ

3/3

Retour au début

Cas Clinique N° 35

Mme Z, 40 ans, consulte parce que depuis six mois elle a constaté que ses règles étaient plus abondantes que d'habitude et que cela entraînait un état de faiblesse prononcé.

Antécédents médicaux : néant.

Antécédents chirurgicaux : néant.

Antécédents gynéco-obstétricaux :

- premières règles à l'âge de 12 ans ;
- deux enfants de 10 et 12 ans ;
- grossesses et accouchements sans particularité;
- cycles habituellement réguliers : 28 jours, règles durant 4 jours, devenues plus abondantes récemment, avec caillots sanguins.

À l'examen général, on relève :

- poids : 55 kg pour 1,60 m;
- conjonctives pâles ;
- pression artérielle : 90/60 mmHg.

Examen du col au spéculum : col sain, un frottis cervicovaginal est réalisé.

Toucher vaginal : utérus augmenté de volume, en bonne position, présentant une voussure au niveau du fond. Pas de masse annexielle perceptible, pas de douleur provoquée.

Questions

QUESTION N° 1

Quel est le diagnostic le plus probable chez cette patiente? Comment étayer votre diagnostic?

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

Quel examen biologique faut-il réaliser en priorité chez cette patiente?

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

L'examen complémentaire met en évidence une image intracavitaire régulière de 3 cm de diamètre. Quel traitement proposer? Expliquez votre choix.

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

Quel traitement médical peut-on envisager chez cette patiente?

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

Le résultat du frottis cervicovaginal est le suivant : frottis ASCUS. Quelle est la signification de ce résultat? Quelle est votre conduite à tenir?

Afficher la réponse

QUESTION N° 6

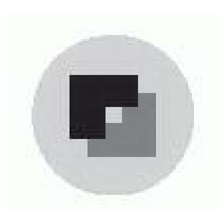
Une biopsie réalisée montre une CIN 3. Comment l'interprétez-vous? Cela a-t-il un lien avec l'affection initiale et comment la traitez-vous?

Afficher la réponse

Retour au début

Réponses

QUESTION N° 1	**10*points***
Fibrome utérin devant la voussure du fond utérin	2
et les ménorragies	2
Une échographie permettra d'étudier la forme de l'utérus et des ovaires et de confirmer le diagnostic	2
en montrant une image isoéchogène, voire hypoéchogène, parfois hyperéchogène en cas de calcification	2
L'échographie précisera surtout sa localisation (intracavitaire ou sousmuqueuse, intramurale ou sous-séreuse)	2



L'hystérosonographie précisera au mieux le retentissement de la lésion sur la cavité utérine. Elle consiste en une échographie avec contraste liquidien.

QUESTION N° 2	**5*points***
Une numération-formule sanguine	2
à la recherche d'une anémie ferriprive microcytaire	2
qu'il faudra traiter en priorité	1

QUESTION N° 3	**15*points***
Il s'agit d'un fibrome intracavitaire de 3 cm de diamètre, unique	3
Un traitement médical risque d'être inopérant	3
Il faut donc proposer un traitement chirurgical	3
Une hystérectomie totale conservatrice des ovaires peut être envisagée chez cette patiente de 40 ans ayant deux enfants, si elle a pris la décision de ne plus avoir d'enfants	1
L'autre option thérapeutique est un traitement endoscopique hystéroscopique par résection ou vaporisation	5

QUESTION N° 4	**10*points***
Traitement visant à corriger l'anémie ou à préparer l'intervention chirurgicale … 5 Traitement martial pour corriger une anémie ferriprive	5
Un traitement par progestatifs peut être envisagé, mais il ne devrait pas être efficace étant donné la position et la taille du fibrome	



Le traitement par analogues de la LH-RH est réservé aux myomectomies multiples sur des utérus volumineux afin de réduire leur taille et les pertes sanguines en cours d'intervention.

Un traitement préopératoire par embolisation peut eêtre réalisé également afin de réduire le risque hémorragique sur des utérus polyfibromateux volumineux. Dans le cas présent, ces traitements ne paraissent pas indispensables puisque le fibrome est petit et unique.

QUESTION N° 5	**30*points***
Frottis ASCUS: *Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance* = frottis d'interprétation incertaine	10

On peut:

• soit répéter le frottis et rechercher la présence de *Papillomavirus* oncogène sur un nouveau prélèvement si la recherche n'a pas été faite 5

• soit réaliser d'emblée une colposcopie avec des biopsies orientées 5

Dans tous les cas, la présence de *Papillomavirus* (connue ou identifiée par le prélèvement cervicovaginal) doit conduire à la pratique d'une colposcopie 5

Pour un frottis ASCUS, le risque de lésion de type CIN 2 ou CIN 3 est inférieur à 10% (le risque de lésion invasive est bien plus faible) 5

QUESTION N° 6 **30*points***

Il s'agit d'une néoplasie intraépithéliale cervicale qui doit être traitée (lésion précancéreuse) 10

On peut proposer une conisation si la patiente souhaite absolument conserver son utérus 8

ou proposer une hystérectomie conservatrice 8

car la patiente a déjà des enfants et n'est pas ménopausée (conservation ovarienne) 1

et présente un utérus polypathologique, même si le fibrome n'a aucun lien avec la CIN 3 3



RÉFÉRENCE

Haute Autorité de santé (2002) : Conduite à tenir devant une patiente avec un frottis cervico-vaginal anormal.

Recommandations.

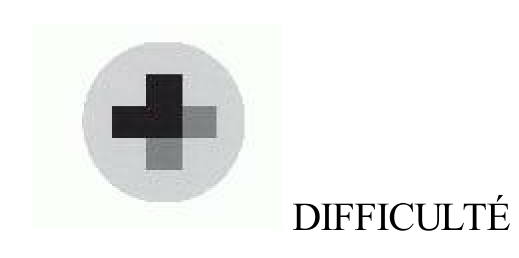


OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

N° 26 : Anomalies du cycle menstruel. Métrorragies.

N° 139 : Facteurs de risque, prévention et dépistage des cancers.

N° 147 : Tumeurs du col utérin, tumeurs du corps utérin.

 DIFFICULTÉ

3/3

Retour au début

Cas Clinique N° 36

Médecin du Samu, vous êtes appelé en urgence par une patiente de 32 ans qui vient d'accoucher à domicile, à 40 semaines révolues d'aménorrhée, de son troisième enfant.

À votre arrivée, le bébé est né, crie vigoureusement, le cordon ombilical n'est pas coupé.

La maman est en parfait état général, consciente ; il n'y a pas d'hémorragie extériorisée. Sa pression artérielle est à 120/80 mmHg, son poids est de 80 kg.

La patiente vous apprend que ses deux premiers accouchements se sont bien déroulés et que la grossesse actuelle s'est déroulée sans problème jusqu'à présent.

Elle est groupe sanguin A-, Kell+, elle est immunisée contre la toxoplasmose et la rubéole.

Questions

QUESTION N° 1

Quels sont les premiers gestes à effectuer?

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

Quelle est la suite normale de l'accouchement, et que faut-il faire si les choses ne se déroulent pas normalement?

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

Comment évalue-t-on l'état d'un enfant à la naissance? Pouvez-vous le décrire?

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

Quels examens biologiques faut-il faire après la naissance chez cet enfant?

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

La patiente séjourne à la maternité pendant trois jours. Elle a choisi de ne pas allaiter son enfant. L'examen de sortie est strictement normal. La patiente signale qu'elle est porteuse d'une

mutation Leiden mais qu'elle n'a jamais fait de phlébite ! Quelles consignes contraceptives peut-on lui donner et quelles autres mesures faut-il prendre?

Afficher la réponse

QUESTION N° 6

Huit jours après la naissance, la patiente revient pour des douleurs pelviennes. La mobilisation utérine est douloureuse, l'utérus mou et les pertes nauséabondes. La patiente présente une fébricule à 38 oC. Quelle doit être votre principale suspicion diagnostique et quels examens réalisez-vous pour votre prise en charge? Quel sera votre traitement présomptif?

Afficher la réponse

Retour au début

Réponses

QUESTION N° 1	**10*points***
Sectionner le cordon ombilical	5
Réchauffer et emmailloter le bébé	5

QUESTION N° 2	**20*points***
La délivrance doit survenir dans les 30 minutes qui suivent l'accouchement ; il faut vérifier que cette délivrance concerne l'intégralité du placenta et des membranes	4
Si la délivrance ne se fait pas du tout au bout de 30 minutes : envisager une délivrance artificielle	4
Si la délivrance est incomplète : envisager la réalisation d'une révision utérine	4
Ces gestes peuvent être faits à l'hôpital après transfert de la patiente s'il n'y a pas d'hémorragie extériorisée	4
En cas d'hémorragie massive, les gestes peuvent être immédiats	4

QUESTION N° 3	**20*points***
Par le score d'Apgar:	
• couleur : 0 = bleu-blanc, 1 = extrémités cyanosées, 2 = rose	2
• tonus : 0 = hypotonie majeure, 1 = hypotonie modérée, 2 = tonique	2
• rythme cardiaque : 0 = pas de bdc, 1 = < 100, 2 = > 100	2
• respiration : 0 = rien, 1 = quelques mouvements respiratoires, 2 = normal	2
• réactivité : 0 = rien, 1 = grimaces, 2 = cris	2
• 0 = état de mort apparente	3

• 10 = normal	3
Le score d'Apgar est évalué à 1,3 et 5 minutes (voire 10 minutes…)	4
QUESTION N° 4	**10*points***
On demande un groupage sanguin, puisque la maman est rhésus négatif (accompagné d'un test de Kleihauer)	5
Si le bébé s'avère rhésus positif, il faudra injecter à la patiente des immunoglobulines anti-D : Rhophylac®, 200 mg, la dose pouvant être ensuite adaptée en fonction du test de Kleihauer (recherche d'hématies foetales dans le sang maternel)	5
QUESTION N° 5	**20*points***
Soit contraception locale	5
Soit contraception microprogestative, car elle n'augmente pas le risque thrombotique	5
En revanche, les oestroprogestatif sont contre-indiqués	4
Il faut débuter un traitement préventif du risque thrombotique	2
par des bas de contention veineuse élastique force II	2
et par un traitement de 6 semaines par HBPM à dose préventive (isocoagulante)	2
QUESTION N° 6	**20*points***
On suspecte en priorité une endométrite devant la douleur, l'atonie utérine, l'odeur des pertes et l'accouchement à domicile (facteur de risque)	5
Le diagnostic est avant tout clinique	1
Il faut demander:	
• un prélèvement vaginal pour isoler les germes (la présence de streptocoque A est rare, mais très dangereuse)	2
• une NFP, une CRP pour évaluer l'inflammation	2
• une BU et un Ecbu pour le diagnostic différentiel	1
• une échographie à la recherche d'une rétention intra-utérine associée	2
Si la température maternelle dépasse 38,5 oC, on prélève des hémocultures (et prélèvement de gorge à la recherche d'un streptocoque A)	0
Antibiothérapie probabiliste active sur les germes les plus fréquemment impliqués (et sur le streptocoque A dont les infections peuvent être particulièrement graves)	5
Par exemple:	
• Augmentin® (amoxicilline + acide clavulanique) par voie IV 1 g 3 fois/j ou Dalacine® (clindamycine) IV (600 mg 3 fois/j)	1

• du Syntocinon® (oxytocine) peut être injecté (5 UI IVL 3 fois/j) à visée utérotonique 1

En l'absence d'efficacité du traitement, un scanner avec injection peut être demandé pour éliminer une thrombose lombo-ovarienne septique (il faut alors décoaguler la patiente en plus du traitement antibiotique). L'antibiothérapie est adaptée en fonction de l'évolution clinique et de l'antibiogramme.



RÉFÉRENCE

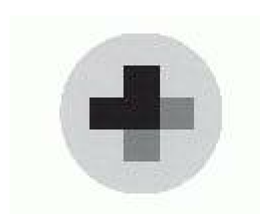
Réseau Aurore (protocoles validés). Rudigoz RC. www.auroreperinat.org



OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

N° 22 : Accouchement, délivrance et suites de couches normales.

N° 25 : Suites de couches pathologiques : pathologie maternelle dans les 40 jours.



DIFFICULTÉ

2/3

Retour au début

Cas Clinique N° 37

Mme X, 55 ans, consulte pour métrorragies postménopausiques.

Antécédents médicaux :

- diabète traité par régime seul depuis trois ans ;
- hypertension artérielle non traitée.

Antécédents chirurgicaux :

- appendicectomie à l'âge de 12 ans ;
- chirurgie de la saphène externe à l'âge de 45 ans.

Antécédents gynécologiques et obstétricaux :

- premières règles à 12 ans ;
- ménopause à 50 ans ;
- trois grossesses avec accouchements normaux, une fausse couche.

Examen clinique :

- taille : 1,60 m;
- poids : 72 kg ;
- palpation des seins : RAS ;
- examen du col au spéculum : RAS. Un frottis cervicovaginal est réalisé;
- toucher vaginal : utérus légèrement augmenté de volume, en bonne position. Pas de masse annexielle perceptible, statique pelvienne normale, examen indolore.

Questions

QUESTION N° 1

Quelle est la cause la plus fréquente des métrorragies postménopausiques et quel en est leur mécanisme?

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

Le frottis cervicovaginal s'avère normal. Vous demandez une échographie pelvienne qui donne les résultats suivants :

- utérus de taille normale en bonne position, sans fibrome et sans anomalie endométriale ;
- endomètre irrégulier : 20 mm d'épaisseur ;
- pas d'anomalie annexielle perceptible.

Quel diagnostic pouvez-vous évoquer compte tenu du résultat de cet examen?

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

Quel(s) examen(s) complémentaire(s) envisagez-vous de réaliser?

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

Le diagnostic porté est finalement celui d'adénocarcinome endométrial bien différencié. L'échographie et l'hystéroscopie ne permettent pas d'évoquer la possibilité d'une extension intramyométriale profonde, ni d'expansion au niveau du col utérin. Quel traitement chirurgical doit-on envisager chez cette patiente?

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

Un traitement complémentaire peut-il être nécessaire dans certains cas?

Afficher la réponse

QUESTION N° 6

La patiente présente quelques traces de sang quinze jours après la chirurgie. Quel est le diagnostic le plus probable?

Afficher la réponse

Retour au début

Réponses

QUESTION N° 1 ***20points***

Atrophie endométriale	15
La fragilité de la muqueuse atrophique est à l'origine des saignements	5

QUESTION N° 2 ***20points***

Il existe une hypertrophie endométriale ; à l'échographie, il faut toujours envisager la possibilité d'un carcinome endométrial	20

QUESTION N° 3 ***15points***

Il faut réaliser des prélèvements biopsiques étagés par hystéroscopie et curetage	15

QUESTION N° 4 ***20points***

Hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale	15
Prélèvements ganglionnaires	5



On distingue principalement :

- *les hystérectomies totales ou non (suivant que l'on conserve ou non le col utérin) ;*
- *les hystérectomies conservatrices ou non (des ovaires) ;*
- *les colpohystérectomies (la partie supérieure du vagin est réséquée) ;*
- *les hystérectomies élargies (aux paramètres).*

QUESTION N° 5 ***20points***

Oui : radiothérapie externe, après examen anatomopathologique:	5
• s'il existe une extension au col	5
• s'il existe une extension ganglionnaire	5
• s'il y a une pénétration intramyométriale de plus de 50%	5

QUESTION N° 6 ***5points***

Le diagnostic le plus probable est la chute d'escarre	5

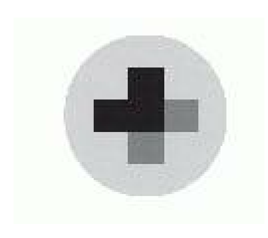
Le diagnostic est clinique et repose sur l'inspection prudente du fond vaginal au spéculum



OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

N° 147 : Tumeurs du col utérin, tumeurs du corps utérin.

N° 243 : Hémorragie génitale chez la femme.



DIFFICULTÉ

2/3

Retour au début

Cas Clinique N° 38

Mme X, 20 ans, sans antécédents particuliers, consulte le 4 octobre pour des douleurs pelviennes droites évoluant depuis cinq jours.

Elle n'a pas d'antécédents médicochirurgicaux notables.

Du point de vue gynécologique :

- premières règles à 12 ans ;
- cycles irréguliers : règles normales, en durée et en abondance ;
- pas de contraception, pas de grossesse.

Interrogatoire :

- dernières règles le 14 septembre : normales ;
- pas de fièvre, pas de saignements, pas de signe d'accompagnement.

Examen clinique :

- examen du col : RAS ;
- utérus de petite taille en bonne position ;
- perception d'une masse latéro-utérine droite sensible, de 5 cm de diamètre.

Dosages biologiques : numération-formule et CRP normales.

Une échographie réalisée le même jour en urgence met en évidence une formation arrondie anéchogène de 5 cm de diamètre, en position latéro-utérine droite, à contenu tramé, sans cloison, sans végétation, sans hypervascularisation.

L'utérus est normal, vide. L'annexe gauche est normale, le cul-de-sac de Douglas est normal.

Questions

QUESTION N° 1

Quelle est l'origine de ces phénomènes douloureux?

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

Quel examen biologique est intéressant dans ce contexte? Donnez les résultats qui peuvent en découler.

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

Le dosage réalisé s'avère négatif. Quel est votre diagnostic le plus vraisemblable et quelle prescription faites-vous?

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

Trois mois plus tard, à l'occasion d'un nouvel examen clinique et d'une nouvelle échographie, les constatations sont identiques, montrant une persistance de la masse latéroutérine droite. Quel est votre diagnostic?

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

Quel traitement proposer?

Afficher la réponse

QUESTION N° 6

La patiente présente des douleurs au niveau des épaules le soir de l'intervention. L'examen général est normal et le drain de Redon contient 50 mL de sang. Quelle est la cause probable de ces douleurs?

Afficher la réponse

Retour au début

Réponses

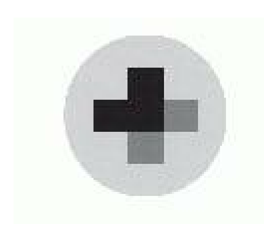
QUESTION N° 1	***20points***
Il est vraisemblable que les phénomènes douloureux sont en lien avec l'image mise en évidence au niveau de l'annexe droite, qui est assez évocatrice d'un kyste ovarien droit	20

QUESTION N° 2	***20points***
Dosage des β-HCG plasmatiques:	

• si le résultat est positif : il s'agit d'un contexte gravidique et il faut toujours penser à une possible grossesse extra-utérine	10
• si le résultat est négatif : cela exclut tout processus gravidique	10
QUESTION N° 3	**20*points***
Le dosage des β-HCG étant négatif, cela exclut tout processus gravidique	5
Il s'agit donc d'un kyste de l'ovaire, qui peut être organique ou fonctionnel	5
Compte tenu des caractéristiques chronologiques des événements, de l'aspect clinique et échographique, le diagnostic le plus vraisemblable est celui de kyste fonctionnel de l'ovaire	5
Il faut proposer un examen clinique et échographique après les prochaines règles ou un freinage ovarien par œstroprogestatifs avec nouveau contrôle échographique 3 mois après	5
QUESTION N° 4	**20*points***
La persistance de la masse évoque un kyste organique de l'ovaire, ayant toutes les caractéristiques de la bénignité	20
QUESTION N° 5	**10*points***
Il faut conseiller une cœlioscopie avec kystectomie intrapéritonéale, après prélèvement cytologique péritonéal	10
QUESTION N° 6	**10*points***
La douleur des épaules est secondaire à la persistance de gaz au niveau des coupoles diaphragmatiques après la cœlioscopie. La patiente doit être soulagée, rassurée et surveillée.	10

OBJECTIF PÉDAGOGIQUE

N° 342 : Tuméfaction pelvienne chez la femme.

 DIFFICULTÉ

2/3

Retour au début

Cas Clinique N° 39

Mme A., 32 ans, consulte à la suite de métrorragies spontanées de moyenne abondance, survenues alors qu'elle pense être enceinte de 9 semaines d'aménorrhée.

L'interrogatoire fournit les éléments suivants :

- antécédents médicaux : néant ;
- antécédents chirurgicaux : exérèse de dents de sagesse ;
- antécédents gynécologiques et obstétricaux : premières règles à 13 ans, cycles réguliers, règles normales ;
- deux ans auparavant, grossesse normale, accouchement par césarienne pour présentation du siège à 38 S d'un garçon de 3 100 g.

Mme A. est enseignante, son conjoint est sapeur-pompier.

Taille : 1,72 m, poids : 85 kg, groupe sanguin : O-.

Sérologie de la toxoplasmose négative.

Vaccinée contre la rubéole.

Mme A. fume cinq cigarettes par jour.

À l'examen clinique général :

- pas d'éléments inquiétants ;
- pression artérielle : 120/80 mmHg;
- pouls : 75/min.

Au toucher vaginal, l'utérus est légèrement augmenté de volume, en bonne position.

Pas de masse annexielle perceptible. Légère tension au niveau du cul-de-sac vaginal droit.

Questions

QUESTION N° 1

Quels diagnostics pouvez-vous évoquer? Pourquoi?

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

Quel(s) examen(s) paraclinique(s) complémentaire(s) allez-vous effectuer ou prescrire pour préciser le diagnostic? Pourquoi?

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

Le dosage de bêta-HCG quantitatif a-t-il un intérêt?

Si oui, pourquoi?

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

Les examens complémentaires confirment rapidement qu'il s'agit d'une grossesse intrautérine évolutive, avec présence d'un petit hématome du pôle inférieur de l'œuf.

Quelles précautions faut-il prendre? Pourquoi?

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

Quinze jours plus tard, vous prescrivez les analyses biologiques habituelles à l'occasion de la déclaration de grossesse ; les résultats obtenus, quelques jours après, sont les suivants :

- sérologie HIV : négative ;
- sérologie toxoplasmose : négative ;
- sérologie de la rubéole : positive ;
- recherche d'anticorps irréguliers légèrement positive avec présence d'anticorps anti-D.

Quels commentaires vous inspirent ces résultats? Quelle est votre conduite à tenir?

Afficher la réponse

QUESTION N° 6

Quels facteurs de risque Mme A. présente-t-elle pour la grossesse et l'accouchement?

Afficher la réponse

QUESTION N° 7

La suite de la grossesse se déroule sans problème.

La consultation du 8e mois a lieu à 34 SA. Elle révèle :

- pression artérielle : 110/70 mmHg ;
- HU : 30 cm;
- au TV : présentation céphalique fixée ;
- col court, souple, centré ;
- segment inférieur ++, palper introducteur ++.

Quels examens complémentaires ou consultations spécialisées faut-il envisager?

Afficher la réponse

QUESTION N° 8

Mme A. souhaite un accouchement par les voies naturelles. Y a-t-il une contre-indication à ce projet? Pourquoi? Quels sont les risques encourus?

Afficher la réponse

Retour au début

Réponses

QUESTION N° 1	**10*points***
Grossesse extra-utérine car aménorrhée associée à une tension au niveau du cul-de-sac vaginal droit	5
Grossesse intra-utérine évolutive : aménorrhée et hémorragie d'implantation fréquente	2
Grossesse arrêtée ou fausse couche spontanée précoce car aménorrhée et métrorragies	2
Grossesse et saignement d'origine cervicale (ectropion, cancer, etc.)	1
Grossesse associée à une maladie trophoblastique gravidique (rare)	

QUESTION N° 2	**10*points***
Une échographie devrait montrer normalement la présence d'un sac gestationnel et d'un embryon intra-utérins car il existe une suspicion de grossesse	5

Le dosage des bêta-HCG n'est pas systéma tique, sauf si le sac gestationnel n'est pas vu	3
L'échographie devrait permettre de dater et de caractériser la grossesse	2

QUESTION N° 3 **10*points***

Le dosage des bêta-HCG n'est pas systématique	3
Il est pertinent de les doser en l'absence de sac gestationnel	3
S'ils sont négatifs, la grossesse est éliminée	2
En cas de positivité, il faudra éliminer une grossesse extra-utérine	2

QUESTION N° 4 **10*points***

Il faut mettre la patiente au repos car il existe un risque accru de fausse couche	2
Il est nécessaire de prévenir le risque d'allo-immunisation anti-D par des anticorps spécifiques (Rhophylac®)	5
car la patiente est rhésus négatif	2
et qu'elle est dans une situation à risque (métrorragies) si le père est rhésus positif	1

QUESTION N° 5 **20*points***

Prévention de l'infection toxoplasmique par les règles hygiénodiététiques	5
Une injection d'anticorps anti-D a été effectuée. Il est normal d'isoler des anticorps anti-D circulant 15 jours après l'injection. On parle d'« anticorps passifs » qui vont être éliminés	10
Si aucune injection n'a été réalisée, la patiente s'est, ou était, immunisée	3
Il existe dans ce cas un risque potentiel d'atteinte fœtale (anémie) si le fœtus est rhésus positif	2

QUESTION N° 6 **20*points***

Utérus cicatriciel:	5
• risque d'accrétion placentaire et d'hémorragie de la délivrance	2
• risque de rupture utérine	2
Risque d'allo-immunisation anti-D. Une injection à 28 SA est proposée systématiquement si le père est rhésus positif (et qu'on est certain de la paternité…)	5
Tabagisme : risque de complications fœtales accru (retard de croissance, mort fœtale *in utero,* décollement placentaire, etc.)	3
Surpoids (risque de diabète gestationnel, HTA augmentés)	3

QUESTION N° 7 **10*points***

Recherche du streptocoque B au niveau vaginal (prélèvement vaginal)	3
Pratiquer rapidement l'échographie du 8e mois si elle n'a pas été réalisée	2

L'échographie devra:

• vérifier la position fœtale	1
• estimer le poids fœtal	1
• vérifier la localisation placentaire et éliminer des signes d'accrétion placentaire car l'utérus est cicatriciel	1
Prévoir la consultation d'anesthésie si elle n'a pas eu lieu	2

QUESTION N° 8	**10*points***
Un accouchement par voie basse est envisageable car l'utérus est de type unicicatriciel	3
Il n'y a donc pas de contre-indications à ce projet, d'autant que les conditions cliniques paraissent favorables	2
Le risque principal est la rupture utérine (estimée à 1% environ)	
En cas de rupture utérine, il y a surtout un risque d'anoxie fœtale	3
et d'hémorragie de la délivrance	2

Certaines équipes acceptent l'accouchement par les voies naturelles pour des utérus bicicatriciels alors que d'autres proposent une césarienne programmée.

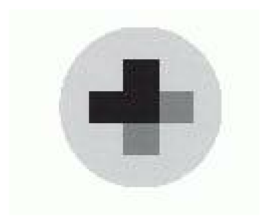


RÉFÉRENCE

Réseau Aurore (protocoles validés). Rudigoz RC. www.auroreperinat.org

OBJECTIF PÉDAGOGIQUE

N° 16 : Grossesse normale. Besoins nutritionnels d'une femme enceinte.



DIFFICULTÉ

2/3


Retour au début

Cas Clinique N° 40

Mme M., 29 ans, consulte car elle vient de faire un test urinaire de grossesse qui est positif. Elle est à six semaines d'aménorrhée.

Elle n'a pas d'antécédents particuliers et n'a jamais eu de grossesse.

Elle fume dix cigarettes par jour, ne consomme ni alcool ni drogues.

Questions

QUESTION N° 1

Quelle information vis-à-vis de la grossesse pouvez-vous lui donner en ce qui concerne le tabac?

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

Que proposez-vous comme aide au sevrage tabagique?

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

À quel moment programmez-vous la première échographie et qu'en attendez-vous?

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

À quel moment faites-vous la déclaration de grossesse? À partir de cette date, les soins sont-ils systématiquement pris en charge à 100% par l'Assurance maladie?

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

Quels conseils diététiques lui donnez-vous, sachant qu'elle n'est pas immunisée contre la toxoplasmose?

Afficher la réponse

QUESTION N° 6

Mme M. présente un col court, sollicité mais fermé à 30 SA. Le col mesure 15 mm en échographie. Outre la prise en charge strictement médicale, quelle mesure hygiénique pouvez-vous prendre?

Afficher la réponse

QUESTION N° 7

La grossesse se déroule normalement. À la visite mensuelle du 9e mois (36 SA), vous mesurez la hauteur utérine à 28 cm. Qu'en pensez-vous et que faites-vous?

Afficher la réponse

QUESTION N° 8

Pendant l'échographie de contrôle, la patiente fait un malaise avec sueurs, pâleur et nausées. La glycémie est normale. Quel diagnostic évoquez-vous en priorité? Que faites-vous?

Afficher la réponse

Retour au début

Réponses

QUESTION N° 1	**10*points***
Le tabagisme maternel est nocif pour la mère et son fœtus avec un accroissement significatif des risques de complication	4
Augmentation de risque:	
• de fausse couche précoce	1
• d'accouchement prématuré	1
• de rupture prématurée des membranes	1
• de retard de croissance intra-utérin	1
• d'anomalie de placentation (placenta *prævia,* hématome rétroplacentaire)	1
• de mort fœtale *in utero*	1
QUESTION N° 2	**10*points***
Intérêt de l'arrêt du tabac à tous les âges de la grossesse	2
Consultation avec un tabacologue, avec évaluation de la motivation (test HAD), de la dépendance (test de Fagerström), de la situation familiale et professionnelle	3
Consultation proposée au conjoint si lui-même est fumeur	1
Substitution nicotinique possible (percutanée, orale, etc.)	2
Mesure du taux de CO dans l'air expiré pour prise de conscience de	

l'intoxication	1
Soutien psychologique	1
QUESTION N° 3	**10*points***
La première échographie doit être réalisée vers 12 SA (entre 11 SA et 13 SA + 6 J)	5
Les buts de cet examen:	
• confirmation du diagnostic de grossesse intra-utérine évolutive, simple ou multiple et du diagnostic de chorionique en cas de grossesse multiple	1
• datation de la grossesse par mesure de la longueur craniocaudale	1
• mesure de la clarté nucale pour le dépistage d'anomalies chromosomiques	1
• dépistage de malformations fœtales majeures	1
• détection d'une anomalie pelvienne maternelle (utérus fibromateux, malformation utérine, kyste ovarien)	1
QUESTION N° 4	**10*points***
La déclaration de grossesse doit être faite avant 14 semaines de grossesse, soit avant 16 SA (généralement après l'échographie du premier trimestre, mais elle peut être faite avant)	5
L'Assurance maladie prend en charge les soins à 100% sur la base du tarif fixé par la Sécurité sociale à partir du premier jour du 6e mois de grossesse	5
QUESTION N° 5	**15*points***
Prévention de la toxoplasmose:	2
• laver les crudités, les légumes non cuits, les fruits, les herbes aromatiques…	1
• bien cuire la viande	1
• se laver les mains après manipulation d'aliments crus, de la terre ou après avoir touché des chats	1
• éviter le contact direct avec les objets pouvant être contaminés par des excréments de chat comme sa litière	1
Prévention de la listériose:	2
• cuire les viandes	1
• éviter les produits à risque (fromages à pâte molle et lait cru, croûte de fromage, fromages râpés, graines germées crues, poissons fumés, charcuterie cuite ou crue (préférer les produits emballés, aliments en gelée, coquillages crus)	1
• nettoyer régulièrement le réfrigérateur avec de l'eau de Javel	1
Régime normal équilibré et diversifié, environ 2 000 kcal/j, riche en calcium	1
Bonne hydratation (1,5 à 2 L/24 heures)	1

Supplémentation en fer si anémie 1

Pas d'alcool, pas de tabac, pas de drogue, pas d'automédication 1

QUESTION N° 6 **15*points***

Il faut:

• suggérer la mise au repos car il existe un risque d'accouchement prématuré. Le repos est le meilleur moyen de prévenir la prématurité, surtout en cas de menace

• proposer à la patiente de s'allonger le plus souvent possible jusqu'à 36 SA 5

• prévenir le risque thrombotique veineux par des bas de contention veineuse force II 5

• arrêter, le cas échéant, la patiente avec un arrêt de travail standard 2

• prorogé par un arrêt de travail pour un état pathologique lié à la grossesse (15 jours avant la date théorique du congé prénatal) 3

L'arrêt de travail pour un état pathologique lié à la grossesse doivent ainsi être remplis séparément.

QUESTION N° 7 **15*points***

Hauteur utérine trop faible pour le terme 5

Nouvelle vérification du terme grâce à la date des dernières règles et à l'échographie de datation du 1er trimestre 2

Vérification de la présence de mouvements actifs fœtaux ressentis et de la présence d'une activité cardiaque fœtale 1

Contrôle échographique à la recherche d'un retard de croissance intra-utérin (RCIU) et/ou d'un oligoamnios 4

En cas de RCIU et d'oligoamnios : Doppler ombilical d'abord 1

En cas d'oligoamnios : vérifier aussi l'absence de fissuration de la poche des eaux, éventuellement par un prélèvement vaginal (ex. : recherche d'IGFBP-1) 1

Vérifier la cinétique de croissance fœtale par rapport aux échographies précédentes et notamment celle du 8e mois 1

QUESTION N° 8 **15*points***

Malaise vagal par choc postural dû au décubitus dorsal prolongé 5

Patiente mise en décubitus latéral gauche 3

Contrôle de la tension artérielle 3

Contrôle du rythme cardiaque fœtal 2

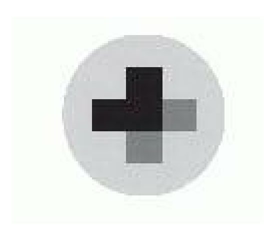
Rétablissement dans les minutes qui suivent sans séquelles 2

 RÉFÉRENCE

Réseau Aurore (protocoles validés). Rudigoz RC. www.auroreperinat.org

OBJECTIF PÉDAGOGIQUE

N° 16 : Grossesse normale. Besoins nutritionnels d'une femme enceinte.

 DIFFICULTÉ

3/3

Retour au début

Cas Clinique N° 41

Une femme de 30 ans, nulligeste, consulte pour un syndrome douloureux abdominal aigu évoluant depuis 24 heures.

Les cycles sont réguliers (28 jours). Elle prend une contraception œstroprogestative de façon régulière depuis plusieurs années. La patiente est apyrétique, pas de leucorrhée suspecte à l'examen clinique. La bandelette urinaire et le test de grossesse sont négatifs.

Questions

QUESTION N° 1

Quelles hypothèses diagnostiques gynécologiques suspectez-vous devant ce tableau clinique?

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

L'échographie pelvienne réalisée en urgence trouve un kyste ovarien droit de 5 cm dont le contenu est finement échogène *(voir figure 1)*.

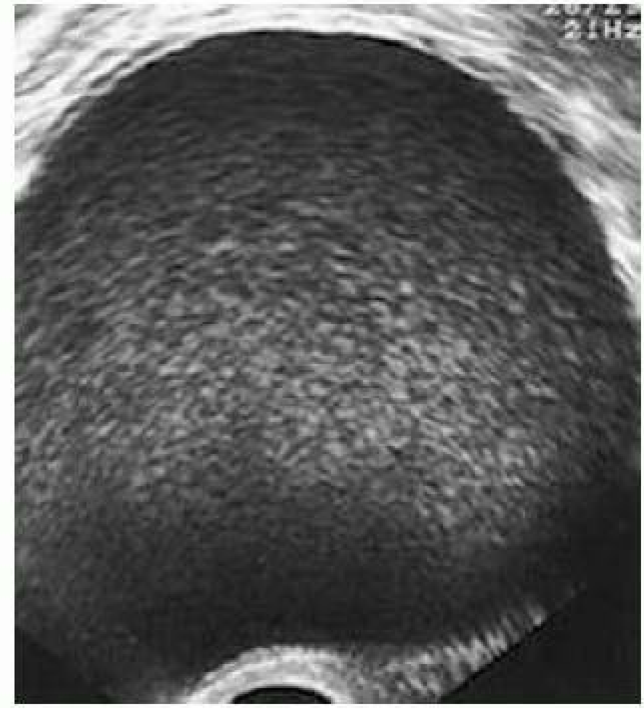


Figure 1

Citez les critères de malignité d'un kyste ovarien.

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

Quels sont les deux diagnostics à évoquer devant cet aspect échographique?

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

L'interrogatoire vous apprend que la patiente a des règles douloureuses. Avec un partenaire précédent, elle avait, sans succès pendant deux ans, tenté d'obtenir une grossesse. Vivant à nouveau en couple depuis peu et n'ayant pas de projet parental dans l'immédiat, elle a débuté une contraception par pilule œstroprogestative depuis un an.

Quel diagnostic retenez-vous? Justifiez.

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

Que recherchez-vous à l'interrogatoire afin d'étoffer votre diagnostic et pourquoi?

Afficher la réponse

QUESTION N° 6

Que recherchez-vous à l'examen clinique?

Afficher la réponse

QUESTION N° 7

Quel(s) examen(s) paraclinique(s) devez-vous demander et que recherchez-vous?

Afficher la réponse

QUESTION N° 8

Les différents examens d'imagerie confirment les résultats de l'échographie des urgences et ne retrouvent pas d'autres localisations de la maladie.

Décrivez votre prise en charge thérapeutique sachant que la patiente refuse toute prise en charge chirurgicale.

Afficher la réponse

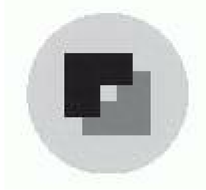
Retour au début

Réponses

QUESTION N° 1	**15*points***
Complications d'un kyste ovarien:	4
• rupture d'un kyste ovarien	2
• hémorragie intrakystique	2
• torsion d'un KO : très douloureux et de survenue plus brutale généralement	1
Nécrobiose aseptique d'un fibrome ou torsion d'un fibrome sous-séreux pédiculé	1
Poussée évolutive d'une endométriose	5
Salpingite aiguë : peu probable car absence de leucorrhées à l'examen et apyrexie. Une grossesse extra-utérine peut être éliminée (test de grossesse négatif)	

QUESTION N° 2	**10*points***
Aucun signe n'est spécifique	1
Taille > 6 cm	1
Caractère bilatéral	1
Parois épaisses	1
Contours irréguliers	1
Contenu hétérogène	1
Végétations endo- et/ou exokystiques	1
Cloisons intrakystiques	1
Vascularisation anarchique et nette au Doppler couleur	1
Signes associés : ascite, nodules de carcinose	1

QUESTION N° 3	**10*points***
L'aspect finement échogène fait évoquer la présence de sang. Cet aspect est très évocateur et peut correspondre:	
• à un kyste ovarien droit hémorragique	5
• ou à un endométriome	5



Cet aspect est parfois retrouvé dans les kystes dermoïdes.

QUESTION N° 4 **10*points***

Endométriome (kyste endométriosique) de l'ovaire droit avec reprise

évolutive de l'endométriose 5

Les données de l'interrogatoire orientent vers une pathologie endométriosique (dysménorrhées anciennes, infertilité primaire de 2 ans) 2

L'aspect échographique : kyste à contours réguliers, finement échogène 1

Absence de végétations endo- ou exokystiques 1

Une hémorragie intrakystique (même aspect échographique) est moins probable sur les données de l'interrogatoire et la prise d'une contraception 1



L'évolution de l'aspect du contenu permet de trancher : stable pour l'endométriose, évolutif pour le kyste hémorragique en quelques jours (aspect hétérogène, organisation du caillot, niveau avec sédimentation du sang).

QUESTION N° 5 **15*points***

L'interrogatoire précise les dysménorrhées et recherche d'autres localisations endométriosiques

Nature des dysménorrhées:

- classiquement secondaires 3
- amélioration initiale par la prise d'œstroprogestatifs 1
- puis recrudescence secondaire

Retentissement sur la vie quotidienne (interruption totale d'activité, etc.), altération de la qualité de vie, absentéisme scolaire, puis professionnel 1

Traitement habituel des dysménorrhées : AINS, antalgiques de classe 1 ou de classe 2

Abondance des règles associées aux dysménorrhées pour faire rechercher une adénomyose 1

Existence de dyspareunies:

- profondes, balistiques (en un point précis) 3
- traduisant une infiltration des ligaments utérosacrés

Recherche de troubles urinaires:

- cystite ou hématuries cataméniales 3
- traduisant une infiltration de la paroi vésicale

Recherche de troubles digestifs et rectaux:

- douleurs à irradiation postérieure, ténesmes, épreintes, faux besoins, plus rarement rectorragies 3
- traduisant une infiltration de la paroi digestive par un nodule endométriosique

Recherche d'un antécédent de pneumothorax dans le cadre d'une atteinte pleurale ou de sciatique cataméniale (au moment des règles)

QUESTION N° 6	**15*points***
Examen plus sensible en période menstruelle, souvent assez pauvre	1
Recherche d'une lésion endométriosique ombilicale	1
Examen au spéculum : recherche d'un nodule d'endométriose (bleuté) du culde- sac vaginal postérieur	3
Touchers pelviens:	
• TV : douleurs du cul-de-sac vaginal postérieur traduisant une infiltration des ligaments utérosacrés ou du *torus uterinum.* Recherche d'une masse annexielle	5
• TR : à la recherche d'un nodule digestif (charnière rectosigmoïdienne ou cloison rectovaginale)	5
QUESTION N° 7	**10*points***
Échographie pelvienne (sus-pubienne et endovaginale):	2
• confirmation de l'atteinte endométriosique ovarienne	
• recherche d'une adénomyose	2
• recherche d'une infiltration endométriosique des ligaments utérosacrés, de la paroi vésicale	1
Échographie endorectale en cas de nodule de la cloison rectovaginale pour préciser l'infiltration digestive en préopératoire	2
IRM pelvienne (séquences pondérées T1 avec et sans injection de gadolinium).	2
Moins opérateur-dépendant	
Cartographie des lésions, étude des rapports avec les organes de voisinage notamment digestifs	1
QUESTION N° 8	**15*points***
Traitement symptomatique:	2
• antalgiques de niveau I ou de niveau II	3
• associés à des AINS +/- protecteurs gastriques	3
Traitement étiologique:	2
• bloquer la prolifération endométriale par des progestatifs antigonadotropes type Lutényl® (acétate de nomégestrol) en continu	2
• castration chimique : analogues de la LH-RH, en fonction de l'intensité des symptômes	3
Traitement responsable d'une ménopause artificielle transitoire et réversible	

En cas de bouffées de chaleur, une petite dose d'œstrogènes est possible. On parle d'« add-back therapy ».

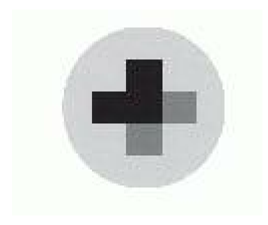
Arrêt de travail si nécessaire.


RÉFÉRENCE

Société de médecine de la reproduction (2002) : Prise en charge de l'endométriose.

OBJECTIF PÉDAGOGIQUE

N° 26 : Anomalies du cycle menstruel. Métrorragies.


DIFFICULTÉ

3/3

Retour au début

Cas Clinique N° 42

Mme X, d'origine africaine, vit en France, en foyer depuis deux ans. Elle consulte à la maternité en tout début de grossesse ; elle présente en effet un retard de règles de trois semaines. Le test urinaire acheté en pharmacie est positif.

L'interrogatoire vous fournit les éléments suivants :

- antécédents médicaux : néant ;
- antécédents chirurgicaux : néant ;
- antécédents gynécologiques et obstétricaux : premières règles à l'âge de 11 ans, cycles réguliers 28 jours. A eu plusieurs épisodes de pertes vaginales avec irritation.

Examen général sans particularité :

- taille : 1,71 m;
- poids : 65 kg ;
- pression artérielle : 120/80 mmHg.

Examen gynécologique :

- à la palpation et au toucher vaginal, utérus très nettement augmenté de volume, un peu bosselé, dont le fond est à mi-chemin entre l'ombilic et le pubis ; le col est long, fermé, postérieur ;
- au spéculum, le col paraît sain.

Cette patiente n'a pas eu d'examens médicaux ou gynécologiques depuis trois ans.

Questions

QUESTION N° 1

Quel est l'élément discordant dans ce tableau clinique?

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

Quels diagnostics évoquer? Quel est le plus probable dans ce contexte et comment le confirmer simplement?

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

Quels examens complémentaires prescrire ou réaliser à l'occasion de cette première consultation?

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

La grossesse évolue ensuite de façon favorable. Mme X consulte à 23 semaines d'aménorrhée car elle présente depuis quelques jours des brûlures vulvovaginales très invalidantes.

Sur le plan clinique, sont apparues des vésicules dans toute la région anovulvaire associées à des leucorrhées purulentes. Il existe de petites adénopathies inguinales et une hyperthermie à 38 °C. Les douleurs rendent la marche très difficile.

Quel diagnostic évoquez-vous?

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

Quels examens paracliniques demandez-vous pour confirmer le diagnostic?

Afficher la réponse

QUESTION N° 6

Mme X est très inquiète quant aux retentissements éventuels de cette affection vis-à-vis de sa grossesse. Quels sont les risques et pourquoi?

Afficher la réponse

QUESTION N° 7

Quel traitement proposer?

Afficher la réponse

QUESTION N° 8

Faut-il réaliser une césarienne prophylactique systématique du fait de la primo-infection

herpétique? Pourquoi?

Afficher la réponse

Retour au début

Réponses

QUESTION N° 1	**10***points*
Utérus plus gros que ne le veut l'âge gestationnel	5
Effectivement, un utérus gravide à 7 SA n'est pas significativement augmenté de volume	2
Le col peut déjà présenter des signes de ramollissement, mais l'utérus bosselé n'est pas un signe de grossesse	3
QUESTION N° 2	**15***points*
Utérus plus gros qu'attendu pour l'âge gestationnel. À ce terme, on peut surtout évoquer:	
• une grossesse gémellaire, une grossesse multiple	2
• une grossesse plus avancée que prévue	3
• une grossesse d'âge conforme développée sur un utérus fibromateux	3
Le diagnostic le plus probable est un utérus fibromateux : utérus bosselé	4
chez une patiente africaine	1
Examen clinique susceptible d'apporter facilement le diagnostic : échographie pelvienne	2
Elle confirmera la grossesse, la datera et précisera les fibromes (nombre, taille, localisation, etc.)	

QUESTION N° 3	**10***points*
Frottis cervicovaginal car non fait depuis trois ans	2
Groupage sanguin avec phénotype Kell (2 déterminations)	1
Sérologie HIV car origine africaine	2
Sérologie de la syphilis VDRL-TPHA	2
Recherche de protéines et de glucose dans les urines	1
Sérologie de la rubéole	1
Sérologie de la toxoplasmose	1
Échographie pour datation : fibrome, grossesse unique ou multiple	

QUESTION N° 4	**10***points*
Primo-infection herpétique génitale	4
avec facteur de gravité : grossesse	1

car pas d'antécédents particuliers (herpès, entre autres, d'où primo-infection) 2

Anamnèse évocatrice : démangeaisons prodromiques avant apparition d'une lésion vulvaire 1

Examen clinique évocateur : lésions vésiculaires, intensité des douleurs, 1

leucorrhées réactionnelles, adénopathies inguinales bilatérales, 1

fébricule

QUESTION N° 5 **10*points***

Sérologie HSV, IgG et IgM à répéter à J10 3

Prélèvement local sur les vésicules à la recherche d'herpès d'HSV (diagnostic plus rapide): 5

- par PCR ou immunofluorescence 1
- ou mise en culture 1

QUESTION N° 6 **15*points***

Risques théoriques potentiels pour l'enfant : car primo-infection herpétique s'accompagnant d'une virémie, mais le risque de fœtopathie herpétique est très faible 5

Risque exceptionnel pour la mère d'hépatite fulminante et d'encéphalite herpétique 5

Lors du travail ou en cas de rupture prématurée des membranes, il faudra prévoir un examen clinique à la recherche de lésions herpétiques génitales … 2

En leur absence, un prélèvement vaginal sera réalisé systématiquement avant la naissance afin de réduire les risques d'herpès néonatal en adaptant le traitement préventif délivré au nouveau-né 3

QUESTION N° 7 **10*points***

Hospitalisation 2

Traitement antiviral par voie générale, car il s'agit d'une primo-infection 2

de forme potentiellement sévère 1

par voie intraveineuse pendant 10 jours

Traitement symptomatique antalgique et soins locaux 5

QUESTION N° 8 **10*points***

Non, il n'y a pas d'indications de césarienne prophylactique à terme liées à la primo-infection herpétique chez cette patiente 4

Si une récurrence survient à l'approche du terme, elle sera considérée comme n'importe quelle récurrence 1

Une césarienne pourrait éventuellement être réalisée en cas de lésion visible ou de récurrence très récente (< 7 J) surtout si elle n'a pas été traitée 2

L'examen génital à la recherche de vésicules et un prélèvement vaginal

systématiques sont indispensables chez la mère	1
Un examen et des prélèvements seront réalisés chez le nouveau-né	1
Un traitement préventif oculaire, et parfois IV, est entrepris si le risque est important chez le nouveau-né	1

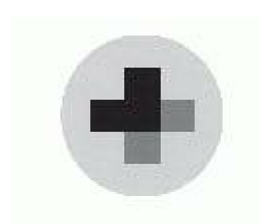

RÉFÉRENCE

Réseau Aurore (protocoles validés). Rudigoz RC. www.auroreperinat.org


OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

N° 16 : Grossesse normale. Besoins nutritionnels d'une femme enceinte.

N° 84 : Infection à herpès virus de l'enfant et de l'adulte immunocompétents.


DIFFICULTÉ

3/3

Retour au début

Cas Clinique N° 43

Mme. M.C., primigeste de 37 ans consulte à 33 semaines d'aménorrhée (SA) pour sa visite du huitième mois. Elle ne présente pas d'antécédents particuliers. La grossesse obtenue par insémination avec sperme de donneur s'est déroulée normalement jusqu'à présent.

Elle signale des céphalées évoluant depuis deux jours sans fièvre associée, ni vomissement. Ces céphalées résistent au traitement par paracétamol et la patiente n'est pas migraineuse.

À l'examen clinique, vous trouvez des œdèmes importants, diffus, prédominant au niveau des membres inférieurs mais intéressant aussi les membres supérieurs et la face. La patiente a pris 6 kg depuis la dernière consultation au septième mois. La pression artérielle au repos est mesurée à 160/110 mmHg.

Au toucher vaginal, le col est long, fermé, non sollicité par la présentation. La hauteur utérine est mesurée à 27 cm.

Les bruits du cœur fœtaux sont bien perçus.

La bandelette urinaire montre une protéinurie à trois croix isolée.

Questions

QUESTION N° 1

Vous diagnostiquez une prééclampsie. Quelle est la définition de cette pathologie? Quels sont les critères de gravité présents et ceux qu'il vous faut rechercher?

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

Devant une prééclampsie, quels examens biologiques demandez-vous et qu'en attendez-vous? Justifiez.

Citez les examens obstétricaux de surveillance que vous prescrivez. Justifiez.

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

Quelles sont les mesures thérapeutiques à prendre et dans quel but?

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

Une heure après son arrivée, la patiente appelle pour un saignement vaginal rouge vif important associé à une douleur abdominopelvienne intense. L'utérus est dur et ne se relâche pas. La TA est à 180/120 mmHg. L'enregistrement tococardiographique est le suivant *(voir figure 1)*.

Quel est le diagnostic le plus probable dans ce contexte? Argumentez. Quelle est votre conduite à tenir?

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

Dans les suites immédiates de la naissance, la patiente présente une hémorragie de la délivrance importante. Cliniquement, l'utérus est atone.

Quels sont les principes de la prise en charge médicale d'une hémorragie de la délivrance?

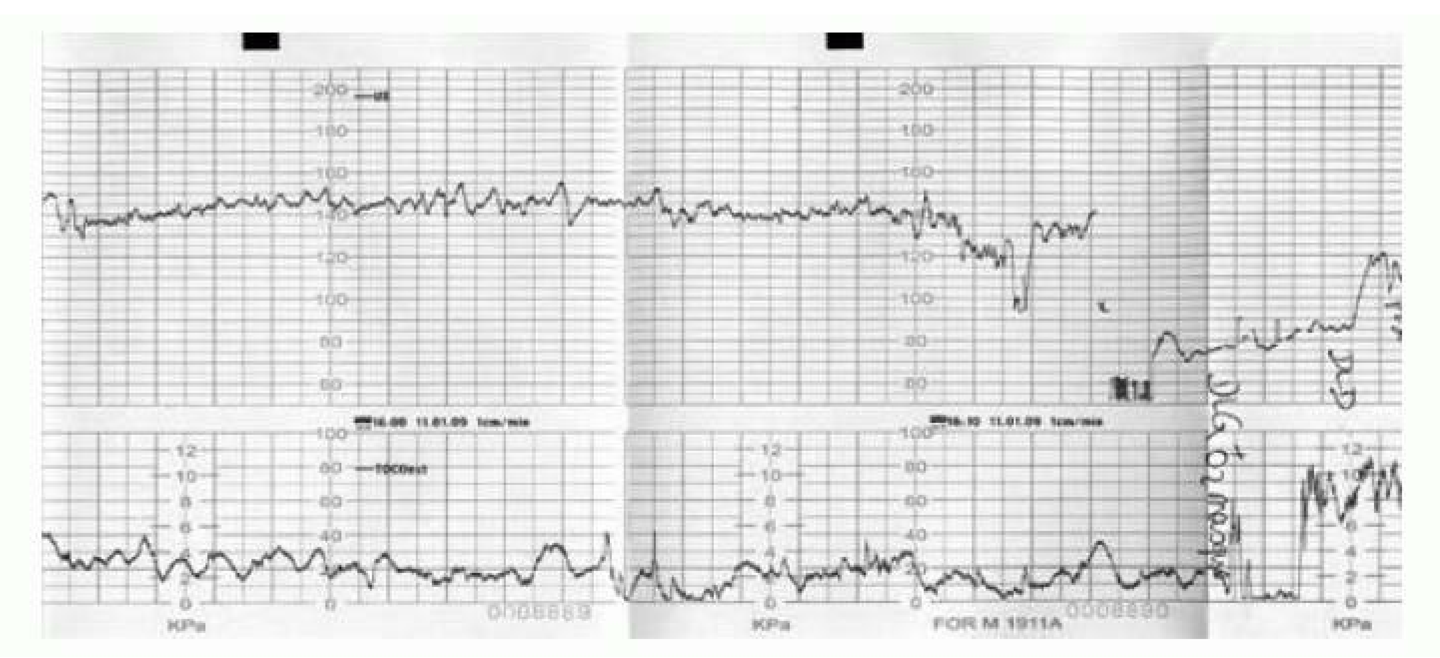


Figure 1

Afficher la réponse

QUESTION N° 6

Vous recevez les résultats biologiques suivants :

- uricémie : 400 mmol/L ;
- créatininémie : 60 mmol/L ;
- ASAT : 40 UI/L ;

- ALAT : 25 UI/L ;
- NFP : Hb 75 g/L, GB : 6 gigas/L, plaquettes : 75 000/mm^3 ;
- TP : 55%;
- TCA : deux fois le témoin ;
- Fibrinogénémie : 0,9 g/L ;
- D-dimères : 1 200 ng/mL.

Quelles sont les hypothèses diagnostiques concernant la cause de cette hémorragie? Argumentez.

Afficher la réponse

QUESTION N° 7

L'hémorragie de la délivrance a été traitée efficacement. En suite de couches, la patiente indique qu'elle se sent trop fatiguée pour allaiter et opte pour un allaitement artificiel. Quel traitement pouvez-vous mettre en œuvre pour éviter la montée laiteuse?

Afficher la réponse

QUESTION N° 8

Le jour de la sortie, la patiente demande quel type de contraception peut être entrepris. Quel moyen contraceptif pouvez-vous proposer? Argumentez.

Afficher la réponse

Retour au début

Réponses

QUESTION N° 1	**15*points***
Définition d'une prééclampsie:	
apparition après 20 SA (chez une patiente sans antécédents hypertensifs):	1
• d'une hypertension artérielle ≥ 140/90 mmHg (au moins un des 2 chiffres)	1
• d'une protéinurie significative ≥ 0,3 g/24 heures (trois croix à la bandelette correspondent souvent à une albuminurie supérieure à 1 g/L)	1
Autres éléments dans le dossier en faveur du diagnostic:	

• le terrain : IAD, primigeste âgée, absence de pathologie hypertensive ou d'albuminurie lors des consultations précédentes

• interrogatoire et signes physiques : céphalées, œdèmes et prise de poids 1

• probable retard de croissance intra-utérin car hauteur utérine moins importante que ne le voudrait le terme de la grossesse

Critères de gravité présents dans le dossier:

• céphalées 1

• tension artérielle diastolique élevée (≥ 110 mmHg) 1

• probable retard de croissance intra-utérin +/- oligoamnios (hauteur utérine à 27 cm) 1

Autres signes de gravité à rechercher:

• signes d'œdème cérébral: 1

- céphalées (peu spécifiques)

- phosphènes, myodésopsies, acouphènes

• syndrome d'irritation des voies pyramidales (hyperréflexivité ostéotendineuse, signe de Babinski, etc.)

• œdème facial (palpébral en particulier) qui doit faire craindre unœdème cérébral 1

• douleur épigastrique, isolée ou en rapport avec un *Hellp syndrom* (hématome sous-capsulaire du foie) 1

• métrorragies ou arrêt des mouvements fœtaux (décollement du placenta à suspecter devant tout saignement, surtout en cas d'HTA, mort fœtale *in utero*) 1

• notion d'une perte de connaissance (éclampsie) 1

• oligurie (insuffisance rénale) 1

• albuminurie supérieure à 3 g/24 heures 1

• comme pour toute pathologie d'origine gravidique : apparition précoce au cours de la grossesse car problèmes liés à la prématurité 1

QUESTION N° 2 **15*points***

Examens biologiques:

• numération-formule-plaquettes 1

• ionogramme sanguin avec urée, créatininémie et uricémie 1

• bilan hépatique (transaminases) 1

• protéinurie des 24 heures pour quantifier la protéinurie (une albuminurie > 3 g/24 heures est un signe de gravité) 1

• bilan de coagulation : TP, TCA, fibrinogène, PDF (produits de dégradation de la fibrine), D-dimères 1

• groupage sanguin (si nécessaire)

• recherche d'anticorps irréguliers (pré-opératoire)

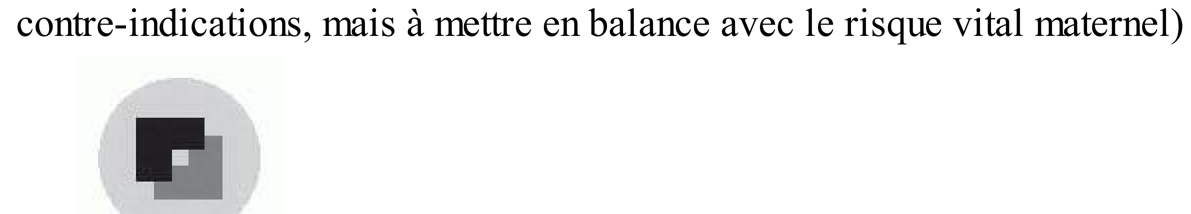
Examens obstétricaux:	
• échographie fœtale	3
• biométrie : estimation du poids fœtal (recherche d'un retard de croissance intra-utérin)	1
• étude de la vitalité fœtale (score de Manning avec quantification du liquide amniotique)	1
• Doppler ombilical (= « Doppler placentaire ») à la recherche d'une élévation des index de résistance au niveau des artères ombilicales +/- ; Doppler de l'artère cérébrale moyenne à la recherche d'une diminution des résistances (adaptation fœtale)	1
• aspect du placenta et recherche d'un décollement placentaire	1
Enregistrement tococardiographique pour vérifier le RCF	3
QUESTION N° 3	**10*points***
Hospitalisation en urgence en maternité de niveau II ou III à proximité d'un service de réanimation médicochirurgicale (transfert si l'état maternofœtal le permet)	1
Repos	
Traitement antihypertenseur par voie intraveineuse en mono-, voire bithérapie (TTT *per os* possible parfois) : inhibiteur calcique type nicardipine (Loxen®) en première intention, alternative antihypertenseurs centraux : clonidine (Catapressan®) ou a-bêtabloquants labétalol (Trandate®)	2
Diminution progressive de la pression artérielle. Une diminution brutale de la tension artérielle expose au risque d'asphyxie fœtale, surtout si les résistances placentaires sont augmentées (hypoperfusion fœtale)	1
Corticothérapie anténatale préventive (l'HTA associée à la grossesse n'est pas une contre-indication)	4
Dans certains cas : sulfate de magnésium pour prévenir l'éclampsie	1
Surveillance clinique, biologique et obstétricale (reposant sur les examens de la question précédente)	1
QUESTION N° 4	**15*points***
Hématome rétroplacentaire:	4
• métrorragies	1
• contracture utérine	1
• enregistrement du rythme cardiaque fœtal : le ralentissement du rythme de base à 70 battements/min pendant 5 min est évocateur d'un décollement placentaire dans ce contexte	2
• enregistrement tocographique : contractions utérines avec une hypertonie associée	2

Conduite à tenir:

• risque évolutif : asphyxie fœtale	2
• naissance par césarienne en urgence en raison de conditions locales défavorables et des anomalies du RCF (col long, fermé)	3

QUESTION N° 5 **15*points***

Pose d'une seconde voie veineuse périphérique	1
Oxygénothérapie	
Remplissage vasculaire (cristalloïdes, macromolécules expansives)	1
Culots globulaires à commander	1
Attention à la surcharge cardiaque, car risque d'œdème aigu du poumon	1
Réchauffer la patiente	1
Bilan d'hémostase complet avec numération-formule-plaquettes, TP-TCA fibrinogène, D-dimères, bilan hépatique (ASAT-ALAT) et ionogramme sanguin uricémie dans le contexte de prééclampsie	1
Prévenir le service de réanimation	1
Surveillance hémodynamique (scope ECG, saturomètre, Dynamap®)	
Révision utérine systématique, même en cours de césarienne	2
pour vérifier la vacuité utérine (caillots, débris placentaires) et tonifier l'utérus	1
Correction des troubles de coagulation par transfusion	
Culots globulaires	1
Plasma frais congelé	1
Fibrinogène	1
Traitement utérotonique:	
• oxytocine (Syntocinon®)	1
• prostaglandines E2 synthétiques : sulprostone (Nalador® - attention aux contre-indications, mais à mettre en balance avec le risque vital maternel)	1



Révision du col sous valve et de la filière génitale systématique en cas d'accouchement par les voies naturelles.

QUESTION N° 6 **10*points***

Coagulation intravasculaire disséminée débutante:	2
• secondaire à un hématome rétroplacentaire (plus probable dans ce cas)	1
• TP diminué	1

• fibrinogène diminué	1
• plaquettes diminuées	1
• augmentation des D-dimères	1
• sans autre signe de *Hellp syndrom* associé	
Autres causes de coagulation intravasculaire disséminée (CIVD):	
• CIVD secondaire à une hémorragie importante et prolongée. Peu probable dans ce cas précis, car survenue très précoce après le début des saignements	1
• *Hellp syndrom.* Peu probable en l'absence de cytolyse hépatique (bien qu'il existe des formes dissociées)	1
• embolie de liquide amniotique qui favorise l'apparition rapide de troubles de la coagulation. Elle s'associe souvent à un malaise maternel et à des troubles respiratoires qui ne sont pas décrits ici	1

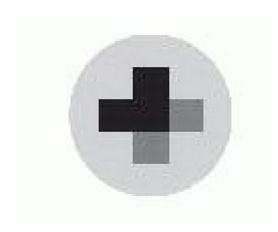
QUESTION N° 7	**10*points***
HTA ou prééclampsie sévère:	3
• bromocriptine (Bromo-Kin®) formellement contre-indiquée (effet rebond)	1
• dihydroergocryptine (Vasobral®) possible (contre-indiqué si HTA sévère persistante)	1
• restrictions hydrique et/ou diurétique possibles (contre-indiquées si HTA sévère persistante car hypovolémie relative)	1
Ne pas stimuler les mamelons	1
Aspégic® 1000 2 fois/j en l'absence de saignement anormal ou de trouble de la coagulation. Peut être remplacé par l'indométacine (Indocid®)	1
Homéopathie (efficacité non démontrée - placebo) ou abstention	
En cas d'engorgement mammaire malgré les mesures mises en place:	1
• restriction hydrique	0,5
• cataplasme d'argile verte ou Osmogel®	0,5
• AINS (si non prescrits auparavant)	
• bandage mammaire	
• l'introduction secondaire du Vasobral® est possible, mais moins efficace	

QUESTION N° 8	**10*points***
L'HTA, la période postopératoire et l'hémorragie de la délivrance augmentent le risque thromboembolique	3
La prise d'EP	1
ou celle de progestatifs normodosés ne sont donc pas conseillées	1
Information de la patiente sur le risque de grossesse	1
La reprise immédiate des rapports après une césarienne est rare : proposer des préservatifs ou une autre contraception locale	1

Si la patiente désire une contraception hormonale, préférer les microprogestatifs *per os* (Cerazette® [la plus sûre], Microval® ou Milligynon® [remboursés]) ou, éventuellement, l'implant local (Implanon®)	1
Pas de DIU (cuivre ou progestatif) en postnatal immédiat	1
Contraception à rediscuter à distance en fonction de l'évolution	1

OBJECTIF PÉDAGOGIQUE

N° 17 : Principales complications de la grossesse.

 DIFFICULTÉ

2/3

Retour au début

Cas Clinique N° 44

Mme F., âgée de 68 ans, consulte pour des épisodes de métrorragies postménopausiques. Les symptômes ont débuté il y a environ trois mois au décours d'un épisode d'infection urinaire traitée par fosfomycine (Monuril®). Les saignements sont minimes, brunâtres ; il y a eu quatre épisodes en trois mois.

Antécédents médicaux :

- surcharge pondérale avec une taille de 1,58 m pour 80 kg (index de masse corporelle : 32) ;
- une hypertension artérielle traitée par acébutol 200 mg (Sectral®) : 1 comprimé matin et soir.

Antécédents gynécologiques et obstétricaux :

- premières règles à 11 ans, ménopausée à 53 ans avec traitement hormonal substitutif séquentiel sans règles pendant dix ans, interrompu depuis cinq ans ;
- trois grossesses normales ;
- suivi gynécologique régulier avec un frottis cervical normal réalisé il y a un an par son médecin traitant. Mammographie de dépistage il y a deux ans : résultat ACR2 (*American College of Radiology*).

Examen clinique :

- absence d'altération de l'état général ;
- palpation des seins et des aires ganglionnaires sans particularité ;
- examen au spéculum : col macroscopiquement sain, pertes brunâtres provenant de l'endocol ;
- toucher vaginal : utérus légèrement augmenté de taille, globuleux.

Questions

QUESTION N° 1

Quelles sont les étiologies des métrorragies postménopausiques?

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

Vous prescrivez une échographie pelvienne. Les résultats sont les suivants *(voir figure 1)* :

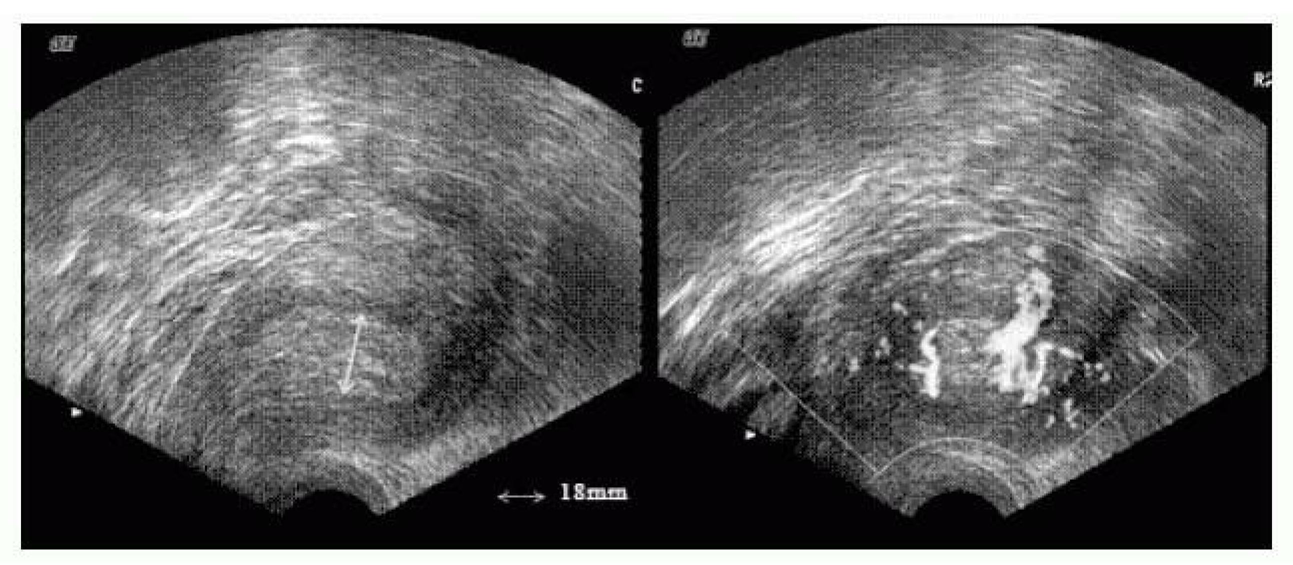


Figure 1

- utérus légèrement augmenté de taille, mesurant 42 × 35 × 30 mm. Le myomètre est hétérogène et aminci en fundique, mesurant 11 mm alors que, sur le reste de la cavité utérine, l'épaisseur myométriale est mesurée à 15 mm;
- l'endomètre est épaissi, mesuré à 20 mm avec une zone de jonction myomètreendomètre irrégulière, notamment en fundique. Il existe une hypervascularisation endométriale en Doppler énergie ;
- les annexes sont saines avec des ovaires atrophiques mesurés respectivement à 14 et 17 mm de grand axe. Absence d'épanchement intrapéritonéal.

Vous suspectez un adénocarcinome de l'endomètre. Quels sont les facteurs de risque retrouvés lors de l'examen clinique et les données de l'échographie qui vous orientent vers ce diagnostic? Commentez votre réponse.

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

Quel(s) examen(s) complémentaire(s) indispensables prescrivez-vous pour confirmer ce diagnostic? Commentez.

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

Les examens confirment le diagnostic et l'infiltration tumorale ne dépasse pas 50% du

myomètre. Le col et l'isthme utérins sont respectés. Précisez le stade de la maladie dans la classification de la Figo (Fédération internationale de gynécologie obstétrique).

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

Quels sont les facteurs pronostiques?

Afficher la réponse

QUESTION N° 6

Quelles sont les différentes méthodes de traitement de l'adénocarcinome de l'endomètre? Quelle est votre décision thérapeutique?

Afficher la réponse

QUESTION N° 7

L'examen anatomopathologique définitif conclut à une lésion de grade III, avec atteinte de la séreuse. Il s'agit donc d'un stade IIIA. Les autres prélèvements sont négatifs.

Envisagez-vous un traitement complémentaire?

Afficher la réponse

QUESTION N° 8

L'interrogatoire de la patiente vous apprend que son père est décédé à l'âge de 64 ans d'un cancer du côlon. Son oncle avait également été opéré d'un cancer du côlon à 49 ans et sa cousine germaine, âgée de 52 ans, a été opérée à deux reprises de la vessie.

Ces éléments nouveaux de l'interrogatoire vous orientent-ils vers une étiologie particulière? Précisez cette étiologie et votre prise en charge.

Afficher la réponse

Retour au début

Réponses

QUESTION N° 1	***8points***
Adénocarcinome de l'endomètre	3
Atrophie endométriale (50% des cas)	1

Hypertrophie endométriale	1
Polype endométrial	1
Fibrome sous-muqueux	1
Iatrogène (traitement anticoagulant, etc.), diagnostic d'élimination	1

QUESTION N° 2 ***8points***

Facteurs de risque trouvés à l'examen clinique:	
• obésité	1
• HTA	1
• premières règles précoces	1
• ménopause tardive (après 50 ans)	1
• le traitement hormonal substitutif n'augmente pas le risque de cancer de l'endomètre quand il associe un traitement progestatif aux estrogènes	1
Données de l'échographie:	
• hypertrophie endométriale diffuse supérieure à 5 mm chez la femme non ménopausée sans traitement hormonal substitutif	1
• myomètre hétérogène et aminci (11 mm en fundique, 15 mm sur le reste du myomètre) en fundique faisant redouter une lésion infiltrante	1
• hypervascularisation en Doppler énergie	1

QUESTION N° 3 ***21points***

Le diagnostic de cancer de l'endomètre est histologique. Il faut donc réaliser des examens invasifs:	1
• hystéroscopie diagnostique	5
• combinée à des biopsies endométriales dirigées sur les lésions suspectes	2
• réalisées idéalement en consultation sous anesthésie locale	
• dans certaines situations (sténose du col, sujet âgé), geste réalisé sous anesthésie locorégionale ou anesthésie générale	
Alternatives : biopsies endométriales à l'aveugle : sensibilité 50 %, n'a de valeur que positive	1
En cas de négativité:	
• hystéroscopie diagnostique avec curetage, ou opératoire avec endométrectomie	2
• IRM pelvienne:	5
- plus sensible que le scanner	
- précise l'infiltration myométriale	1
- précise les rapports avec les organes de voisinage (vessie et jonction rectosigmoïdienne)	1
Mammographie de dépistage:	3
• la dernière datant de 2 ans	

• anomalies bénignes à la mammographie (ACR2)

QUESTION N° 4	***9points***
Stade IB de la classification de la Figo:	5
• envahissement inférieur à 50% du myomètre sur une épaisseur moyenne de 15 mm	1
• le col et l'isthme utérin sont respectés	1
• annexes saines	1
• pas d'épanchement ou d'ascite	1
QUESTION N° 5	***7points***
Facteurs pronostiques:	
• sous-type histologique (adénocarcinomes à cellules claires, papillaires séreux)	1
• grade de la classification de la Figo	1
• invasion myométriale	1
• invasion lymphatique et vasculaire	1
• extension cervicale	1
• extension à la séreuse utérine	1
• extension à la cavité péritonéale	1
QUESTION N° 6	***32points***
Traitement chirurgical:	2
• en l'absence de contre-indication opératoire	
• hospitalisation en service de chirurgie	
• après bilan préopératoire	
• sous anesthésie générale	
• cœlioscopie ou laparotomie	0,5
• cytologie péritonéale	0,5
• hystérectomie (extrafasciale, donc plus large qu'une hystérectomie classique) 5	
• annexectomie bilatérale	5
• curages ganglionnaires pelviens bilatéraux	5
• omentectomie totale et curage ganglionnaire lomboaortique dans les formes à cellules claires et papillaires séreuses	
Radiothérapie:	2
• en cas de contre-indication à la chirurgie, le traitement sera une radiothérapie exclusive	1
• radiothérapie pelvienne	

• champ d'irradiation : le pelvis et les aires ganglionnaires 1

• puis curiethérapie vaginale 1

Autres possibilités (formes métastatiques):

• hormonothérapie 2

• chimiothérapie, peu efficace dans les adénocarcinomes de l'endomètre (carboplatine + Taxol®) 2

• chez cette patiente:

- tumeur limitée au corps utérin avec des annexes saines 1
- sans contre-indication opératoire 2
- traitement chirurgical 1
- radiothérapie en fonction des résultats histologiques 1

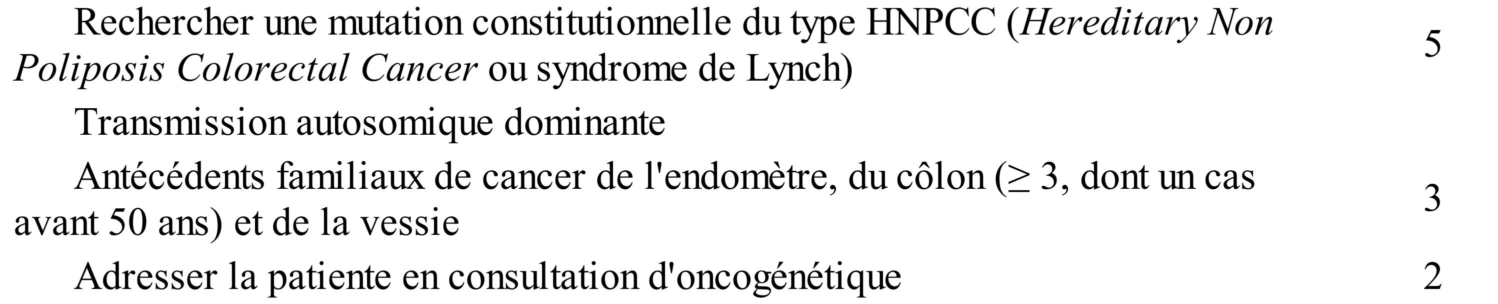
QUESTION N° 7 ***5points***

Oui, pour un traitement complémentaire avec: 3

• radiothérapie pelvienne 1

• et curiethérapie du fond vaginal 1

QUESTION N° 8 ***10points***



Rechercher une mutation constitutionnelle du type HNPCC (*Hereditary Non Poliposis Colorectal Cancer* ou syndrome de Lynch) 5

Transmission autosomique dominante

Antécédents familiaux de cancer de l'endomètre, du côlon (≥ 3, dont un cas avant 50 ans) et de la vessie 3

Adresser la patiente en consultation d'oncogénétique 2

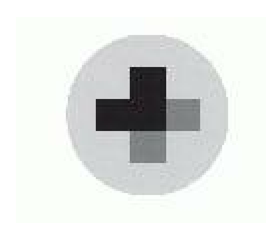


RÉFÉRENCE

International Federation of Gynecology and Obstetrics. www.figo.org

OBJECTIF PÉDAGOGIQUE

N° 147 : Tumeurs du col utérin, tumeurs du corps utérin.



DIFFICULTÉ

Retour au début

Cas Clinique N° 45

Mme G., 37 ans, infirmière aux urgences de l'hôpital, consulte pour un début de grossesse survenue naturellement après un « écart de conduite » avec un collaborateur, M. M.

Elle est porteuse d'une mutation du facteur V type Leiden à l'état hétérozygote découverte au décours d'une thrombose veineuse profonde surale droite développée sans contexte favorisant.

Mme G. ne fume pas et n'a jamais pris la pilule. Il s'agit de sa première grossesse. Elle mesure 1,62 m et pèse habituellement 75 kg.

Questions

QUESTION N° 1

L'échographie montre une grossesse gémellaire évolutive à 13 SA. Les longueurs craniocaudales sont à 69 mm et 70 mm pour des clartés nucales respectives de 1,2 et 1,3 mm. Quelle information capitale doit être précisée sur le compte rendu d'échographie étant donné la gémellité? Pourquoi cette information est-elle si importante d'un point de vue médical?

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

Son collaborateur, père biologique présumé des futurs enfants, souhaite recourir à l'interruption volontaire de grossesse. Quels moyens légaux sont à la disposition de M. M. pour faire réaliser l'interruption volontaire de grossesse?

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

Il s'agit en réalité de la forme la plus fréquente de grossesse gémellaire. Proposez les différents moyens de dépister la trisomie 21 dans ce cas de figure. Les enfants sont-ils nécessairement de même sexe?

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

Finalement, M. M. souhaite reconnaître les futurs enfants et a demandé en mariage Mme G. Quels sont, pour M. M., les examens obligatoires à passer dans ce cadre? Quels examens paracliniques demander à Mme G. dans le cadre de sa déclaration de grossesse?

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

L'échographie morphologique révèle une cardiopathie complexe sévère de très mauvais pronostic. Quelles sont les options envisageables? Des signes échographiques plus précoces auraient-ils pu faire craindre la présence d'une cardiopathie fœtale?

Afficher la réponse

QUESTION N° 6

Pouvez-vous demander une interruption médicale de grossesse?

Afficher la réponse

QUESTION N° 7

Le col est mesuré lors de l'échographie morphologique à 21 SA à 14 mm. Il est cliniquement fermé. Quel est votre diagnostic et votre prise en charge globale?

Afficher la réponse

QUESTION N° 8

Quel traitement spécifique faudra-t-il prévoir chez la mère après la naissance?

Afficher la réponse

Retour au début

Réponses

QUESTION N° 1	**10** ***points***
Il faut préciser la chorionicité pour spécifier le type de grossesse gémellaire	5
Les gemellaires les plus fréquentes sont les grossesses bichoriales biamniotiques	
Les grossesses monochoriales justifient une surveillance échographique rapprochée tous les 15 jours	3
car elles comportent surtout le risque spécifique de syndrome transfuseurtransfusé	2



Grossesses gémellaires

Toutes les grossesses gémellaires bichoriales sont biamniotiques.

Les grossesses monochoriales sont généralement biamniotiques et beaucoup plus rarement monoamniotiques.

Syndrome transfuseur-transfusé

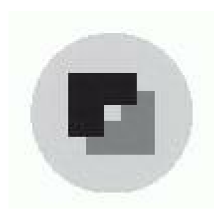
En cas de syndrome transfuseur-transfusé, une surveillance échographique hebdomadaire est nécessaire. Il est parfois nécessaire de recourir à une photocoagulation laser des anastomoses vasculaires.

QUESTION N° 2	**10*points***
Aucun	5
Seule Mme G. peut demander une IVG	5



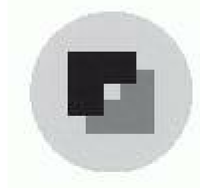
Il s'agit là d'un principe fondamental de la loi sur l'IVG en France. Le futur père ne peut contraindre son épouse ou sa partenaire à avorter : seule la femme concernée peut faire la demande d'IVG.

QUESTION N° 3	**20*points***
Le dépistage de la trisomie 21 n'est pas obligatoire	4
En revanche, vous avez l'obligation de proposer ce dépistage	4
Les marqueurs sériques du 1er trimestre ne sont pas validés dans les grossesses gémellaires	2
Les marqueurs sériques du 2e trimestre peuvent être réalisés en cas de grossesse gémellaire, mais le dépistage est moins performant que pour une grossesse simple	1
Le calcul du risque peut être estimé pour chaque fœtus individuellement en prenant en compte l'âge maternel et les résultats de la clarté nucale	2
L'échographie morphologique peut mettre en évidence des malformations ou des signes associés à la trisomie 21 ou à une autre affection	2
Il faut donc proposer un dépistage reposant sur les résultats des échographies du 1er et du 2e trimestre	2
On peut effectuer un dosage des marqueurs sériques du 2e trimestre si la patiente le souhaite	
Il s'agit d'une grossesse gémellaire bichoriale. Les fœtus peuvent être de sexe différent (il s'agit de faux jumeaux dans 80% des cas)	3



L'amniocentèse ne constitue pas un acte de dépistage mais c'est un acte diagnostique. L'amniocentèse est possible si la mère en fait la demande mais elle ne sera pas prise en charge par l'Assurance maladie dans ce cas.

QUESTION N° 4	**10*points***
L'examen prénuptial n'est plus obligatoire[*]	3
Examens paracliniques:	
• glycémie à jeun	1
• albuminurie-glycosurie	1
• groupage sanguin ABO rhésus Kell	1
• recherche d'anticorps irréguliers	1
• sérologie toxoplasmose	1
• sérologie rubéole	1
• sérologie syphilis	1



[*]*En revanche, une consultation préconceptionnelle est recommandée.*

On peut proposer précocement un contrôle des anticorps anti-HBs (Mme G. étant probablement vaccinée) et demander une sérologie VIH et HCV du fait du rapport non protégé avec M. M.

QUESTION N° 5	**15*points***
On peut envisager la poursuite de la grossesse	5
L'enfant peut bénéficier d'une prise en charge médicale et chirurgicale palliative 2 Les parents peuvent aussi décider une prise en charge médicale pour accompagner avec dignité et sans souffrance le nouveau-né jusqu'à son décès naturel	2
Une interruption sélective de la grossesse peut être envisagée à la demande des parents	1
L'échographie du 1er trimestre aurait pu montrer la cardiopathie (mais examen limité à ce terme)	1
La clarté nucale aurait pu être augmentée du fait de la cardiopathie fœtale, même en l'absence d'anomalie chromosomique fœtale	3
Le flux sanguin dans le *ductus venosus* fœtal peut être perturbé dès	

l'échographie du 1er trimestre en cas de cardiopathie fœtale	1
QUESTION N° 6	**10*points***
Non	3
La demande d'IMG est formulée par la patiente et discutée avec le médecin	3
Elle est ensuite examinée par un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal qui rendra un avis motivé favorable ou défavorable	4
QUESTION N° 7	**15*points***
Risque accru d'accouchement prématuré car col raccourci et grossesse gémellaire	2
Mise au repos avec arrêt de travail	2
Soutien psychologique (affection fœtale grave)	1
Prévention du risque thrombotique veineux (grossesse gémellaire, obésité, alitement, antécédent thrombotique, mutation de Leiden) par:	2
• bas de contention veineuse élastique	1
• héparine de bas poids moléculaire à dose préventive*	2
Anticiper le rapprochement vers un centre de niveau III (risque de prématurité et cardiopathie fœtale)	5



**Ces mesures préventives ont probablement été mises en œuvre préalablement.*

Il est trot tôt pour envisager une corticothérapie à visée fœtale pour prévenir le risque de complications liées à la prématurité. Elle sera envisageable dès la 24 SA.

QUESTION N° 8	**10*points***
Prise en charge psychologique	2
Prévention du risque thrombotique:	2
• bas de contention veineuse élastique	2
• HBPM pendant 6 semaines à dose préventive	2
Contre-indication définitive à la contraception œstroprogestative	2



RÉFÉRENCE

Ministère en charge de la Santé (2007) : Contraception et interruption volontaire de

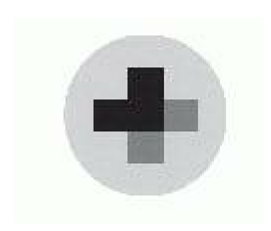
grossesse, dossier actualisé en 2012.



OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

N° 27 : Contraception.

N° 28 : Interruption volontaire de grossesse.



DIFFICULTÉ

3/3

Retour au début